

UNIVERSITÉ DE NANTES
UFR DE MÉDECINE

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
Années universitaires 2014-2019

ÉTUDE DE LA PRÉVALENCE DES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LA FEMME ENCEINTE AU CHU DE NANTES

Mémoire présenté et soutenu par :
Sarah PLUMARD
Née le 22/08/1994

Directrice de mémoire : Docteur Anne CHASSEVENT

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, le Dr Anne CHASSEVENT, pour m'avoir proposé de poursuivre son travail, mais également pour m'avoir orientée et conseillée durant l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à Madame PHILIPPE pour l'aide et le soutien qu'elle m'a apporté au cours de ce mémoire ainsi que durant ces années d'études.

Un grand merci à Vincent pour son soutien, sa tendresse de tous les jours et son aide précieuse lors de ce travail.

Je remercie également ma mère et ma sœur pour leurs encouragements.

Je tiens à remercier ma belle-famille pour leurs encouragements, leur aide et leurs relectures de ce mémoire.

Merci à mes très chères amies, Marilyne, Naëva, Lola et Nathalie, pour leur soutien, leurs encouragements dans les moments de doutes et pour tous ces moments de rires inoubliables.

Une pensée pour mon père sans qui je ne serais pas celle que je suis devenue.

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. GÉNÉRALITES.....	2
2.1. TABAC.....	2
2.1.1. Consommation en population générale en France.....	2
2.1.2. Consommation chez la femme enceinte.....	2
2.1.3. Conséquences obstétricales.....	3
2.1.4. Conséquences fœtales et néonatales.....	3
2.2. ALCOOL.....	3
2.2.1. Consommation en population générale en France.....	4
2.2.2. Consommation chez la femme enceinte.....	4
2.2.3. Conséquences obstétricales.....	4
2.2.4. Conséquences fœtales et néonatales.....	5
2.3. CANNABIS.....	5
2.3.1. Consommation en population générale en France.....	6
2.3.2. Consommation chez la femme enceinte.....	6
2.3.3. Conséquences obstétricales.....	6
2.3.4. Conséquences fœtales et néonatales.....	6
2.4. OPIACES, COCAINE, CRACK.....	7
2.4.1. Consommations en population générale en France.....	7
2.4.2. Consommation chez la femme enceinte.....	7
2.4.3. Conséquences obstétricales.....	8
2.4.4. Conséquences fœtales et néonatales.....	8
2.5. AUTRES DROGUES ILLICITES.....	8
2.6. BENZODIAZEPINES ET BARBITURIQUES.....	10
3. ÉTUDE.....	11
3.1. OBJECTIFS.....	11
3.2. MÉTHODE.....	11
3.2.1. Type d'étude, durée et lieu.....	11
3.2.2. Population.....	11
3.2.3. Échantillon.....	12
3.2.4. Questionnaire.....	12
3.2.5. Saisie des données et analyse statistique.....	12
3.3. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	13
3.3.1. Analyse descriptive et comparative.....	13
3.3.1.1. Étude descriptive de la population.....	13
3.3.1.2. Consommation de tabac.....	15
3.3.1.3. Consommation d'alcool.....	18
3.3.1.4. Consommation de cannabis.....	22
3.3.1.5. Consommation d'autres substances psychoactives : autres drogues illicites que le cannabis et benzodiazépines.....	25
3.3.1.6. Bilan des prévalences des consommations avant la grossesse.....	26
3.3.1.7. Polyconsommations pendant la grossesse (au-delà du premier trimestre).....	26
3.3.1.8. Bilan des prévalences des consommations pendant la grossesse (au-delà du premier trimestre)	28
3.3.1.9. Suivi de la grossesse.....	29
3.3.1.10. Déroulement de la grossesse.....	33
3.3.1.11. Dans les suites de la grossesse.....	34
3.3.2. Comorbidités psychosociales.....	34
3.4. DISCUSSION.....	35
3.4.1. Analyse descriptive de l'échantillon.....	35
3.4.1.1. Comparaison avec l'échantillon de l'étude témoin.....	35
3.4.2. Conduites addictives avant la grossesse et consommations pendant la grossesse.....	35

3.4.2.1.	Consommation de tabac	35
3.4.2.2.	Consommation d'alcool	36
3.4.2.3.	Consommation de cannabis et d'autres substances illicites	37
3.4.2.4.	Évolution des niveaux de consommation des substances pendant la grossesse	38
3.4.2.5.	Polyconsommations avant la grossesse et pendant la grossesse.....	39
3.4.2.6.	Consommation des conjoints au cours de la grossesse et influence sur la consommation des femmes	39
3.4.3.	Facteurs de vulnérabilité psychosociale chez les patientes présentant des conduites addictives.....	40
3.4.3.1.	Facteurs de vulnérabilité sociale	40
3.4.3.2.	Facteurs de vulnérabilité psychologique.....	41
3.4.4.	Suivi de la grossesse.....	42
3.4.4.1.	Repérage et informations sur les consommations à risque	42
3.4.4.2.	Proposition de suivi.....	43
3.4.4.3.	Après la grossesse.....	43
3.4.5.	Biais de l'étude.....	44
3.4.5.1.	Biais liés aux études par questionnaire.....	44
3.4.5.2.	Biais de mémoire	44
3.4.5.3.	Biais de population.....	44
3.4.5.4.	Biais liés à la taille de l'échantillon.....	45
3.4.5.5.	Refus et questionnaires non exploités	45
4.	PERSPECTIVES D'AVENIR.....	45
5.	CONCLUSION.....	47
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	48
7.	ANNEXES.....	54
7.1.	<i>QUESTIONNAIRE</i>.....	54

Liste de abréviations :

AAH : Allocations Adultes Handicapés

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CO : Monoxyde de carbone

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

GABA : Acide Gamma-Aminobutyrique

GHB : Acide 4-hydroxybutanoïque

LSD : Diéthyllysergamide

MDMA : Méthylène-dioxy-métamphétamine

OFDT : Observatoire Français des Drogues et de Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

TCAF : Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

THC : Tétrahydrocannabinol

TSO : Traitement Substitutif aux Opiacés

1. INTRODUCTION

L'être humain a depuis toujours consommé des substances psychoactives de tous types à la recherche de sensations, d'actions thérapeutiques ou même dans un but d'intégration sociale. En France, des études de santé publique sont régulièrement réalisées afin d'évaluer les consommations de la population générale concernant le tabac, l'alcool, le cannabis et les autres drogues illicites. Il existe depuis quelques années une tendance à l'augmentation des consommations notamment de tabac chez les femmes en âge de procréer. Se pose alors la problématique de la consommation de substances psychoactives pendant la période préconceptionnelle mais aussi durant la grossesse, consommations qui sont susceptibles d'augmenter les complications obstétricales, fœtales et néonatales. De nombreuses études ont été réalisées aux États-Unis afin d'évaluer les consommations des femmes au cours de leur grossesse. Or nous disposons de très peu de données sur ce sujet concernant les femmes enceintes en France.

Nous sommes régulièrement témoins des campagnes de prévention menées par le ministère de la santé notamment via des affiches qui véhiculent parfois des messages culpabilisants. Mais ces messages sont-ils bien compris et intégrés par la population ? Y-a-il eu une prise de conscience et une diminution des consommations de toxiques au cours de la grossesse depuis une dizaine d'années ? La prise en charge des femmes enceintes consommatrices par les professionnels de santé a-t-elle évolué ?

L'étude que nous avons réalisée fait suite à celle du Dr Chassevent, médecin psychiatre spécialisée en addictologie, menée en 2008 au sein de la maternité du CHU de Nantes. Notre but a été de mettre en lumière une éventuelle évolution des consommations de toxiques au cours de la grossesse, ainsi qu'une évolution de l'accompagnement de la part des soignants.

2. GÉNÉRALITES

2.1. TABAC

Le tabac est la substance psychoactive la plus consommée par les français. Il est absorbé sous forme de cigarettes qui contiennent, en plus des résidus de feuilles de tabac, de nombreux autres composés. On dénombre environ 2500 substances présentes dans une cigarette et ce nombre passe à 4000 lorsque la combustion se réalise. La grande majorité de ces composés sont toxiques, et il a été identifié 64 qui sont considérés comme cancérogènes. Fumer une cigarette, c'est assimiler de la nicotine, des goudrons, de nombreux additifs variables en fonction des industries, qui vont libérer des gaz toxiques comme par exemple le monoxyde de carbone (CO). Le monoxyde de carbone est un gaz qui va passer dans la circulation sanguine, se lier à l'hémoglobine et réduire la quantité d'oxygène disponible pour les différents organes. La nicotine est la molécule psychoactive responsable de la mise en place d'une dépendance chez les fumeurs. La concentration en nicotine varie d'une cigarette à l'autre. La nicotine va stimuler les neurones à dopamine, ce qui va provoquer un bien-être. Au fur et à mesure des consommations, les récepteurs à dopamine vont devenir plus nombreux et renforcer le système de récompense qui va pousser le consommateur à répéter ses prises. Le tabac est considéré comme le produit le plus addictif. On estime que 32% des consommateurs sont dépendants. (1) Les effets cliniques du tabac sont diverses : hypertension artérielle, infarctus du myocarde, cancers, (2) diminution de la fertilité. (3)

2.1.1. Consommation en population générale en France

Les ventes de tabac en France ont baissé de 2,2% entre 2016 et 2017 et la tendance est à la baisse surtout depuis 2013. Les raisons de cette baisse peuvent être associées au passage au paquet neutre standardisé en 2017, à l'augmentation constante des prix de vente, mais également aux nombreuses campagnes de préventions et initiatives collectives d'arrêt du tabac comme par exemple « Mois sans tabac » organisé par le ministère de la Santé. Sur le plan des consommations des jeunes, grande cible des campagnes de prévention, on note une forte baisse du tabagisme parmi les adolescents de 17 ans entre 2014 et 2017 : ils étaient 68,4% à avoir expérimenté le tabac et 32,4% à en consommer quotidiennement en 2014 contre respectivement 59,0% et 25,1% en 2017. C'est le plus bas niveau enregistré dans cette population depuis 2000. (4) L'image du tabac chez les jeunes s'est fortement dégradée, étant considéré par la plupart comme nocif tout en n'apportant pas d'effets festifs comme par exemple le cannabis. (5)

2.1.2. Consommation chez la femme enceinte

Selon l'étude nationale périnatale de 2010, 17,1 % des femmes déclaraient fumer quotidiennement au troisième trimestre de la grossesse. (6) Ce chiffre n'a pas baissé, puisque selon l'étude nationale périnatale de 2016, 17% des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de la grossesse. (7) D'après l'étude du baromètre santé 2017, 22,3 % des femmes fumaient quotidiennement pendant leur grossesse. (8) La diminution de la consommation de tabac par les femmes enceintes s'est amorcée depuis les années 1990 mais

elle reste plus lente en France comparativement aux autres pays européens. (9) En 2010 la France était le deuxième pays d'Europe concernant la prévalence du tabagisme gravidique. (10)

2.1.3. Conséquences obstétricales

Les conséquences obstétricales liées à la consommation de tabac au cours de la grossesse sont nombreuses. La plupart sont dose dépendantes, et on considère que tout arrêt de tabac en cours de grossesse, même au troisième trimestre est bénéfique et réduit les risques de complications. (11) Une femme qui fume du tabac a plus de risque de grossesse extra-utérine, (12) de fausses couches et ce risque augmente avec le nombre de cigarettes fumées. Le tabac va induire une vasoconstriction des vaisseaux placentaires, et donc réduction des apports au fœtus. Il a été démontré un risque augmenté de placenta prævia, et d'hématome rétro-placentaire chez les fumeuses. (13)

2.1.4. Conséquences fœtales et néonatales

De nombreuses études ont été réalisées afin de déterminer les conséquences de l'exposition du tabac in-utéro tout d'abord sur le fœtus mais également sur le nouveau-né. On note une prévalence plus importante des retards de croissance intra-utérins, mais aussi des retentissements hypoxémiant, respiratoires et cardiovasculaires. (14) Le risque de mort fœtale in-utéro est également augmenté. (13) Les conséquences de cette consommation sont très variables et dépendent principalement de la période d'exposition du fœtus et de la quantité de tabac consommée. Le tabac pourrait également être responsable d'anomalies congénitales : le risque relatif de fente palatine est multiplié par deux si la mère fume lors du premier trimestre (15), et le risque de malformations cardiaques serait augmenté si la mère consomme plus de 25 cigarettes par jour avant et pendant le premier trimestre. (16) Un syndrome de sevrage peut être déclaré dans les premiers jours de vie mais peut parfois passer inaperçu. Les signes cliniques sont variables et multiples : pleurs, irritabilité, troubles du sommeil, troubles digestifs, nouveau-né inconsolable. (17)

2.2. ALCOOL

La molécule active contenue dans l'alcool est l'éthanol. Il provient de la fermentation des fruits, des grains ou des tubercules. On quantifie l'alcool via une unité de mesure nommée l'unité d'alcool qui correspond à 10 grammes d'alcool pur. Ainsi un verre de whisky standard ne contient pas plus d'alcool qu'un demi de bière classique. L'éthanol est absorbé au niveau digestif et va atteindre en quelques minutes le cerveau. Il va se lier à de nombreux récepteurs du système nerveux central (récepteurs glutaminergiques, GABA, sérotoninergiques, nicotiniques), et avoir un effet psychoactif et modifier la conscience et les perceptions. La dépendance à l'alcool s'installe beaucoup plus lentement que pour d'autres substances et a un pouvoir addictif bien moins important que d'autres substances (15% des consommateurs d'alcool sont dépendants). (1)

2.2.1. Consommation en population générale en France

La France reste un des pays comptant le plus grand nombre de consommateurs d'alcool dans le monde et elle se classait 7ème parmi les membres de l'Union européenne en 2014 selon l'OMS. (18) La quantité d'alcool vendue a diminué de façon très conséquente depuis les années 1960. Cette baisse se poursuit, notamment en ce qui concerne la consommation quotidienne, mais néanmoins à un rythme bien plus lent. Selon le baromètre santé de l'OFDT, 10 % des 18-75 ans boivent quotidiennement de l'alcool (15 % d'hommes et 5 % de femmes) (19), et environ 12 % des adolescents de 17 ans déclarent une consommation régulière d'alcool. (20) Les modes de consommation ont également évolué. Les alcoolisations ponctuelles importantes (API), soit la consommation de plus de 6 verres d'alcool lors d'une seule occasion, étaient en forte augmentation au début des années 2000 mais sont en diminution. On compte tout de même 49 % des jeunes de 17 ans ayant déclaré une API au cours du mois écoulé en 2014. (20)

2.2.2. Consommation chez la femme enceinte

En 2010, en France, 23 % des femmes enceintes déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois pendant leur grossesse dont 3 % avant de se savoir enceintes. (8) Selon une étude réalisée dans le cadre du baromètre santé en 2017, 11,7 % des femmes interrogées déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse. Parmi ces femmes, 51,0 % déclaraient n'avoir consommé que quelques gorgées d'alcool les jours où elles en ont consommé. Ainsi, si une proportion importante de femmes consomme encore de l'alcool au cours de leur grossesse, la consommation est le plus souvent occasionnelle et minime mais bien réelle.

Les facteurs associés au fait d'avoir bu de l'alcool pendant la grossesse sont un âge de 35 ans et plus et les femmes avec un niveau de diplôme supérieur au bac. (8) Selon cette même étude, 58,9% des femmes interrogées ont déclaré que le médecin ou la sage-femme les suivant pour leur grossesse les ont informées des conséquences de l'alcool sur la grossesse ou l'enfant. Il apparaît donc qu'un peu plus d'un tiers des femmes enceintes n'accèdent pas aux messages de prévention et d'information de la part des professionnels de santé en 2017. Un bon nombre de femmes ont le sentiment de boire « comme tout le monde » et sous-estiment souvent leur consommation. Elles en minimisent aussi le risque parce qu'elles connaissent des enfants dont les mères ont consommé de l'alcool pendant la grossesse et qui sont nés « sains ». La réprobation sociale généralisée sur la consommation d'alcool chez les femmes est un facteur de honte et d'isolement, qui les pousse au mutisme.(21)

2.2.3. Conséquences obstétricales

La consommation d'alcool au cours de la grossesse est à l'origine d'une augmentation du risque de fausses couches précoces, d'accouchement prématuré, de chorioamniotite. Certaines études ont mis en évidence une fréquence multipliée par trois d'hémorragies du premier et du deuxième trimestre chez les femmes dépendantes à l'alcool par rapport aux abstinences. (22) (23) Une étude a démontré l'association entre une consommation d'alcool et une

augmentation du risque d'hypertension artérielle (24), le risque d'hématome rétro-placentaire est également augmenté. (25)

2.2.4. Conséquences fœtales et néonatales

L'alcool est une substance connue pour ses effets tératogènes et fœto-toxiques. Sa consommation durant la grossesse augmente le risque de retard de croissance intra-utérin, de prématurité, de mort in-utéro. On distingue différentes formes cliniques de conséquences néonatales de l'exposition prénatale à l'alcool, la plus sévère étant le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). (26) Les nouveau-nés atteints d'un SAF présentent une dysmorphie cranio-faciale, un retard de croissance, parfois des malformations. On retrouve également des anomalies du neuro-développement qui se traduisent par un retard mental, des déficits de l'attention, des problèmes de mémoire, des difficultés d'apprentissage entre autres. (27)

Le SAF est reconnu comme étant la première cause de handicap mental non génétique et donc évitable. (28) (29) En 2017, une méta-analyse de Popova et al. a estimé la prévalence du SAF à environ 1,5 cas pour 1000 naissances. (30) En septembre 2018, Santé Publique France a publié une étude révélant qu'entre 2006 et 2013, 3207 enfants ont eu un diagnostic de troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) durant la période néonatale, soit 0,48 cas pour 1000 naissances, dont 0,07 cas de SAF pour 1000 naissances. (28)

2.3. CANNABIS

Le cannabis est la substance psychoactive illégale la plus consommée en France. Il prend souvent place dans un schéma de polyaddictions, où sa consommation est associée à celle du tabac et de l'alcool. C'est une plante qui se présente sous forme « d'herbe », de résine ou d'huile. Il peut être fumé sous forme de joints, ou consommé sous d'autres formes qui entraînent une dépendance plus forte, notamment via les bangs ou pipes à eau. Le principe actif responsable des effets du cannabis est tétrahydrocannabinol ou THC. Sa concentration est très variable : elle est moindre dans les formes « herbe » ou résine, environ 10 %, et plus importante dans les formes huile (environ 30 % de THC). (31) Plus la concentration en THC est élevée, plus les effets risquent d'être importants. Le cannabis est le plus souvent consommé dans un but récréatif. Néanmoins dans certains pays, il est légalement utilisé dans un but thérapeutique, comme par exemple au Canada depuis octobre 2018. Sa consommation provoque chez le fumeur un sentiment de bien-être, de détente, d'euphorie, une intensification des perceptions sensorielles mais également une baisse de la capacité de concentration, une baisse de la vigilance et des réflexes et même parfois des hallucinations, crises d'angoisse et paranoïa entre autres. (32) En comparaison avec une consommation de tabac, un joint contient en moyenne 7 fois plus de nicotine qu'une cigarette et sa teneur en monoxyde de carbone (CO) est équivalente à 10 cigarettes. (33) Le cannabis est responsable d'une dépendance psychique ou physique possible mais faible comparativement à celle provoquée par l'alcool ou le tabac, seulement 9 % des consommateurs seraient dépendants. (1)

2.3.1. Consommation en population générale en France

Le cannabis est une drogue particulièrement consommée par la population adolescente et jeune et reste un phénomène générationnel. (34) En 2017, près de quatre adolescents de 17 ans sur dix ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie. (20) Cette prévalence est la plus basse jamais enregistrée dans l'enquête ESCAPAD. On note ainsi un léger infléchissement de la consommation de cannabis en population générale depuis 2014. En population adulte, l'usage actuel concerne 11 % des 18-64 ans. On note une proportion d'expérimentateurs de cannabis maximale entre 26 et 34 ans pour les deux sexes. La consommation actuelle concerne 28 % des 18-25 ans, dont 35 % des hommes et 21 % des femmes de cette tranche d'âge. (35)

2.3.2. Consommation chez la femme enceinte

Il existe très peu de données concernant la prévalence de la consommation de cannabis durant la grossesse en France. Les enquêtes nationales périnatales de 2010 et 2016 ont retrouvé respectivement 1 % et 2,1 % de femmes qui déclaraient avoir consommé du cannabis pendant la grossesse. (7) (6) Or la sous-déclaration semble avoir été importante dans ces études.

2.3.3. Conséquences obstétricales

Les conséquences obstétricales propres à la consommation de cannabis sont très difficiles à évaluer. En effet le cannabis fait la plupart du temps partie d'un schéma de polyaddiction, avec la triade tabac, alcool, cannabis. Des études récentes ont démontré un risque plus important de rupture prématurée des membranes, mais aussi de mort in-utéro. (36) Il a également été montré une augmentation de la fréquence des fausses couches, une augmentation des résistances placentaires et un risque plus important de pré-éclampsie chez les fumeuses de cannabis au cours de la grossesse. (37) (24)

2.3.4. Conséquences fœtales et néonatales

Il est prouvé que le THC traverse la barrière placentaire. La concentration sanguine fœtale est alors égale à celle de la mère. Cette molécule va alors aller se fixer sur le cerveau du fœtus. Le cannabis n'est pas une substance tératogène. Certaines études ont montré que la consommation de cannabis au cours de la grossesse pouvait provoquer une hypotrophie fœtale, des troubles de la croissance fœtale (25), une réduction du périmètre crânien. L'importance de ces conséquences semble liée à la durée de la consommation durant la grossesse. (38) Le risque de prématurité est également augmenté (39)

Contrairement au syndrome de sevrage lié à l'exposition prénatale au tabac ou aux opiacés, il n'a pas été mis en évidence de syndrome de sevrage spécifiquement lié à l'exposition prénatale au cannabis notamment du fait des polyconsommations. (13)

En revanche, une étude cas-témoins de Scragg et al. a montré une association entre un usage maternel de cannabis et un risque de mort subite du nourrisson après contrôle des variables ethniques et de la consommation de tabac. (40)

2.4. OPIACES, COCAINE, CRACK

Les opioïdes constituent une famille de produits obtenus à partir de l'opium, lui-même obtenu grâce au pavot. Ils se présentent sous différentes formes : l'héroïne, la codéine mais également la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD) ou Subutex qui sont des traitements substitutifs aux opiacés (TSO). L'ensemble de ces produits induit chez le consommateur l'installation d'une dépendance physique mais aussi psychique presque immédiate. L'héroïne peut être sniffée, fumée ou injectée en intraveineux et va provoquer des sensations d'euphorie mais aussi d'apaisement voire d'extase puis par la suite des nausées, vertiges, somnolences, ralentissements du rythme cardiaque. (41)

Concernant la cocaïne (ou chlorhydrate de cocaïne), elle est obtenue à partir de la feuille de coca. Après transformation, la cocaïne se présente sous forme de poudre blanche qui est consommée soit par sniff soit par injection intraveineuse pour obtenir des effets plus importants et immédiats. Cette poudre peut ensuite être transformée en crack ou « free base » par l'ajout d'eau et d'un agent alcalin (bicarbonate de sodium ou ammoniac). Le crack est le plus souvent fumé, associé au tabac ou au cannabis. (42) La consommation de cocaïne ou crack entraîne une sensation de puissance intellectuelle et physique, d'euphorie et une indifférence à la fatigue entre autres. Elle est responsable d'une très forte dépendance essentiellement psychique qui se manifeste par le « craving », une envie irrésistible de répéter la consommation. (43)

2.4.1. Consommations en population générale en France

La cocaïne était une substance initialement consommée par les catégories sociales aisées. Ce schéma a évolué et il est aujourd'hui difficile de dresser un profil type du consommateur. Toutes les classes sociales sont touchées et la consommation de cocaïne est associée aux événements festifs (clubs, festivals, free parties...). (44) Depuis 1995, la part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre (1,2 % en 1995 contre 5,6 % en 2014). L'usage au cours de l'année reste stable depuis 2010 et concerne en majorité les 18-34 ans. (45) La prévalence de la consommation des opioïdes est moins importante que celle de la cocaïne : le pourcentage d'expérimentation de l'héroïne parmi les 18-64 ans en 2014 était de 1,5 % et l'usage actuel (ou au cours de l'année) concernait seulement 0,2 % de cette population. (45) Pour ce qui est des traitements substitutifs, soit la méthadone et la BHD, On note une augmentation de la consommation de méthadone chez les usagers actifs de drogues pris en charge dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers des Drogues (CAARUD) et en parallèle une baisse des consommations de BHD (32 %). (46)

2.4.2. Consommation chez la femme enceinte

Les études concernant les consommations de drogues illicites chez la femme enceinte sont rares surtout celles qui concernent la population française. Concernant l'Amérique du nord, les résultats sont souvent très disparates car dépendants des différences d'habitudes de vie des populations interrogées. En France, en 2000, une étude de Franchitto et coll. évoquait de 500 à 2500 grossesses menées à terme chaque année par des mères dépendantes aux opiacés mais ces

chiffres sont des estimations. (47) On estime que la prévalence de la consommation de produits illicites autres que le cannabis pendant la grossesse se situe en France comme au niveau européen, c'est à dire entre 0.3% et 1%. (48)

2.4.3. Conséquences obstétricales

Les grossesses sont à très haut risque chez les femmes consommatrices d'opiacés ou d'héroïne, même en cas de traitements de substitution avec une prise en charge adéquate. Il existe un risque augmenté d'accouchement prématuré, d'hypotrophie, d'hypoxie fœtale aigue, ainsi que de césarienne. (49) La consommation de cocaïne quant à elle entraine un risque augmenté d'hématome rétro placentaire, de rupture prématurée des membranes, une augmentation des fausses couches spontanées, de menace d'accouchement prématuré, des complications cardiovasculaires lors de l'accouchement. (13)

2.4.4. Conséquences fœtales et néonatales

Les opiacés ne sont pas tératogènes. (49), mais selon certaines études le risque de malformations (urinaires, cardiopathies) liées à une consommation de cocaïne au cours de la grossesse serait augmenté. (50) L'exposition du fœtus à la cocaïne entraine également un risque augmenté de mortalité néonatale, et de mort subite du nourrisson. (51)

L'exposition in utero à des opiacés se traduit à la naissance, dans 60 à 95 % des cas selon les études, par l'apparition d'un syndrome de sevrage. Ce syndrome apparait généralement entre la 24 heures et 48 heures de vie. (52) Les signes cliniques sont nombreux et peu spécifiques : trémulations, irritabilité, hyperactivité, détresse respiratoire, hypersudation... (53) Dans la majorité des cas, un traitement pharmacologique est instauré et adapté en fonction de l'intensité du syndrome. Il consiste principalement en l'administration de morphine per os au nouveau-né. (52) (54)

Concernant la cocaïne, le syndrome de sevrage du nouveau-né est moins important que pour les opiacés. Il n'est généralement pas mis en place de traitement pharmacologique en particulier. Les signes cliniques retrouvés sont généralement assez similaires à ceux du syndrome de sevrage aux opiacés mais moins intenses. (55)

2.5. AUTRES DROGUES ILLICITES

2.5.1. Amphétamines, MDMA, Ecstasy

Les amphétamines ainsi que la MDMA (méthylène-dioxy-métamphétamine) sont des drogues de synthèse. L'ecstasy est quant à elle de la MDMA présentée sous forme de comprimés. Elle est consommée par voie orale, sniffée, fumée et très rarement sous forme injectable. Elle peut provoquer à forte dose des hallucinations et a principalement un effet empathogène, le consommateur verra donc sa capacité d'empathie amplifiée. (56) L'ecstasy a fait son arrivée en France dans les années 1990. Elle est très souvent associée aux événements festifs techno. L'amphétamine est également associée à ce genre d'événements. Cette substance présente des effets proches de ceux de la cocaïne (sensation de puissance intellectuelle et physique,

euphorie...). La méthamphétamine est un dérivé de l'amphétamine et a des effets plus puissants et durables que celle-ci. Ces produits ont un fort potentiel addictif et presque exclusivement psychologique. (57) L'expérimentation de l'ecstasy concernait 4,3 % des 18-64 ans en 2014 et seulement 2,3 % pour les amphétamines selon le baromètre santé. Selon cette même étude, l'usage dans l'année est quant à lui minime puisqu'il ne concernait que 0,9 % des 18-64 ans pour l'ecstasy et 0,3 % pour les amphétamines. Il existe très peu d'études ayant démontré les potentiels effets propres de l'ecstasy sur le plan obstétrical ou au niveau du développement fœtal, cette substance étant quasiment exclusivement consommée en association avec d'autres substances. Selon le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT), il n'a pas été démontré d'augmentation de la fréquence globale des malformations chez les fœtus de mères consommatrices d'ecstasy au cours de la grossesse excepté des cardiopathies. (58) (59) L'exposition prénatale à de fortes doses d'ecstasy pourrait provoquer des retards moteurs et mentaux chez l'enfant à 12 mois comparativement aux enfants non exposés. (60) Il n'a pas été démontré de conséquences obstétricales spécifiques à la MDMA.

2.5.2. Diéthyllysergamide (LSD)

Le LSD fait partie de la famille des substances hallucinogènes. Il se présente classiquement sous forme de gouttes associées à un papier buvard destiné à être avalé.

Sa consommation provoque des distorsions des perceptions visuelles, auditives, spatiales, temporelles ainsi qu'une distorsion de la perception de son propre corps. Le plus souvent, les hallucinogènes n'entraînent ni dépendance, ni tolérance, du fait que leur consommation est souvent peu régulière. Les complications aiguës de l'usage sont principalement des « bad trips » ou des épisodes « délirants » et des traumatismes

2.5.3. Champignons hallucinogènes, kétamine, GHB

La consommation de ces substances hallucinogènes est minime en population générale. Ces substances sont principalement expérimentées, leur prise très peu répétée et la consommation au cours de l'année concernait seulement 0,3 % de la population des 18-64 ans en 2014. (45)

2.6. BENZODIAZEPINES ET BARBITURIQUES

Les benzodiazépines sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central. Elles possèdent des propriétés anxiolytiques, myorelaxantes, hypnotiques et anticonvulsivantes en fonction des molécules. Ces médicaments entraînent une très forte dépendance psychique mais aussi une dépendance physique moins importante, c'est pourquoi il ne faut jamais arrêter brutalement un traitement même en cours de grossesse. (5)

Il existe parfois des mésusages des médicaments comme par exemple des abus (doses ou durée de traitement trop élevées) des cumuls (association de médicaments aux principes actifs identiques), l'installation d'une dépendance, ou l'usage pour un autre effet que thérapeutique (recherche de « défonce », de dopage).

Certaines études semblent montrer un lien entre la consommation de benzodiazépines pendant la grossesse et l'existence de malformations fœtales. On retrouve plus particulièrement une augmentation de la prévalence des fentes labio-palatines. (61)

Les premiers signes qui seront manifestés chez le nouveau-né exposé aux benzodiazépines in-utéro sont associés à ce que l'on appelle le syndrome d'imprégnation. Il est présent dès la naissance et peut durer de quelques jours à plusieurs semaines si la mère a consommé des benzodiazépines jusqu'à la naissance. Le nouveau-né présentera une hypotonie axiale, des troubles de la succion, une hypothermie, ou encore des apnées.

Le syndrome de sevrage néonatal arrivera secondairement, environ 15 jours après la naissance. Les signes cliniques associés seront principalement une hypertonie et une hyperexcitabilité. (62)

3. ÉTUDE

3.1. OBJECTIFS

Les objectifs principaux de cette étude sont d'évaluer la prévalence des conduites addictives chez la femme enceinte concernant la consommation de tabac, de cannabis, d'alcool, des opiacés, de cocaïne, d'amphétamines et autres drogues illicites, de benzodiazépines. L'objectif est également d'effectuer une comparaison statistique avec l'étude du Dr Chassevent réalisée en 2008.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer la proportion de cas non repérés avant l'accouchement et d'étudier les parcours de soin des femmes ayant consommé des toxiques au cours de la grossesse. Nous avons également cherché à évaluer la prise en charge des femmes consommatrices de toxiques au cours de la grossesse mais aussi à connaître le statut des consommations en tabac, alcool et cannabis des conjoints au cours de la grossesse et ainsi d'étudier l'impact sur les consommations des femmes lors de la grossesse.

3.2. MÉTHODE

3.2.1. Type d'étude, durée et lieu

- Type d'étude : étude épidémiologique descriptive transversale de prévalence.
- Lieu de l'étude : le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Nantes.
- Durée de l'étude : la période de recueil des données a duré 2 mois, durant les mois de juillet et août 2018.

3.2.2. Population

La population étudiée correspond aux femmes ayant accouché au CHU de Nantes et hospitalisées dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Nantes (suites de couches, unité-kangourou, gynécologie et grossesse à haut risque).

3.2.3. Échantillon

- Nombre de sujets à inclure :

Il a été décidé que le nombre de sujets à inclure serait de 300 comme lors de l'étude réalisée en 2008 afin d'avoir une comparaison la plus fiable possible. Ce nombre avait été estimé à partir de la prévalence du tabagisme chez la femme enceinte en France en 2003 qui était de 25 %. La précision voulue était de 5% et le nombre de sujets nécessaires a donc été calculé à 300 (niveau de confiance 95%, précision 5%).

- Critères d'inclusion :
 - Les femmes ayant accouché à la maternité du CHU de Nantes entre juillet et août 2018
 - Les femmes de plus de 18 ans
 - Les femmes ayant la maîtrise de la langue française écrite
 - Les femmes ayant consenti à participer à l'étude
- Critères de non-inclusion :
 - Les femmes mineures
 - Les femmes ayant une mauvaise compréhension de la langue française
 - Les femmes ayant refusé de participer à l'étude

L'échantillon représentatif de la population est constitué de 300 femmes. Il a été constitué au fur et à mesure des accouchements à la maternité sur la période de juillet à août 2018. Il a été choisi de distribuer le questionnaire à toutes les femmes à J1 du post-partum. Il leur a été donné une information orale concernant le but de l'étude, la nature anonyme du questionnaire et leur choix de participer ou non à l'étude.

3.2.4. Questionnaire

Le questionnaire distribué est celui qui a été utilisé pour l'étude témoin de 2008. Certaines modifications ont été apportées avec l'accord du Dr Chassevent tout en gardant un nombre maximum de questions identiques afin de pouvoir comparer les résultats de la manière la plus exacte possible.

3.2.5. Saisie des données et analyse statistique

Les données du questionnaire ont été saisies dans un fichier du logiciel Excel via un masque de saisie. Les données ont été traitées via Excel et BiostaTGV.

3.3. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

3.3.1. Analyse descriptive et comparative

3.3.1.1. Étude descriptive de la population

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant répondu au questionnaire sont regroupées dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1

	Fréquence/moyenne 2018	Fréquence/moyenne 2008
Unité d'hospitalisation		
Suites de couches (SDC)	95,00 %	92,7 %
Unité kangourou (UK)	3,00 %	6,3 %
Grossesse à haut risque (GHR)	0,67 %	2 %
Gynécologie (GYNECO)	1,33 %	
Âge (moyenne $\pm$ écart-type)	30,9 $\pm$ 5,3 ans	29,6 $\pm$ 5,2 ans
Primipares	42,7 %	44,7 %
Situation familiale		
Parent isolé	7,69 %	7,1 %
Mariée/concubinage	92,31 %	92,9 %
Logement de la patiente		
Maison ou appartement, propriétaire ou locataire	93,67 %	95,3 %
Chez amis ou famille	4,33 %	2 %
Foyer/centre d'hébergement	1,00 %	1,0 %
Logement mobile	1,00 %	1,7 %
Activité professionnelle		
En activité	63,70 %	68,1 %
Au chômage	23,63 %	20,5 %
En arrêt longue maladie (plus de 6 mois)	2,74 %	2,3 %
Étudiante	1,03 %	2,0 %
Autres (mère au foyer, sans emploi...)	8,90 %	7,1 %
Bénéficiaires d'allocation	16,3 %	11,8 %
AAH	12,3 %	
RSA	1,0 %	
Autres allocations	3,0 %	
Assurées par la sécurité sociale		
Oui	97,66 %	98,7 %
Non	2,34 %	1,3 %

Parmi les femmes interrogées, 6,33 % ont un logement précaire et 7,69 % sont des parents isolés.

16,3 % des femmes bénéficiaient d'allocations comme ressources financières.

2,34 % ne sont pas assurées par la sécurité sociale

Concernant l'activité professionnelle, 23,63 % des femmes se déclaraient au chômage.

Les antécédents médicaux et les antécédents psychologiques et addictologiques des femmes ayant répondu au questionnaire sont décrits dans le tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2

	Fréquence 2018	Fréquence 2008
Fausse(s) couche(s) précoce(s)	24,7 %	23,7 %
Fausse(s) couche(s) tardive(s)	6,0 %	3,7 %
Interruption(s) volontaire(s) de grossesse (IVG)	13,3 %	17,3 %
Dépression(s)	22,0 %	27,1 %
Âge dépression(s)		
Adolescence (âge < 20 ans)	24,2 %	38,0 %
Adulte (âge ≥ 20 ans)	48,5 %	62,0 %
Non répondu	27,3 %	
Prise en charge de la dépression	71,2 %	64,2 %
Par médecin traitant uniquement	31,9 %	28,9 %
Par psychologue/psychiatre uniquement	42,6 %	46,1 %
Par médecin traitant et psychologue/psychiatre	23,4 %	21,1 %
Autre prise en charge	2,1 %	3,9 %
Violences psychologiques et physiques	17,0 %	13 %
Prise en charge des violences	56,9 %	47,4 %
Par médecin traitant uniquement	3,4 %	16,7 %
Par psychologue/psychiatre uniquement	58,6 %	61,1 %
Par médecin traitant et psychologue/psychiatre	31,0 %	16,7 %
Autre prise en charge	6,9 %	5,5 %

Les pourcentages de femmes ayant déclaré avoir un antécédent d'addiction sont regroupés dans le tableau 3 ci-dessous :

Tableau 3

	Pourcentage 2018	Pourcentage 2008
Tabac	27,0 %	38,7 %
Alcool	0,3 %	1,7 %
Médicaments	1,7 %	1,7 %
Cannabis	4,7 %	4,3 %
Autres substances	0,7 %	1,0 %
Prise en charge des addictions		
Par un médecin traitant uniquement	29,0 %	22,9 %
Par un professionnel spécialisé uniquement	2,0 %	6,6 %
Par un médecin traitant et un professionnel spécialisé	17,0 %	7,4 %
Pas de prise en charge	43,0 %	63,1 %

3.3.1.2. Consommation de tabac

Consommation de tabac avant et pendant la grossesse

Les prévalences de la consommation de tabac chez les femmes avant et pendant la grossesse sont présentées dans la figure 1.

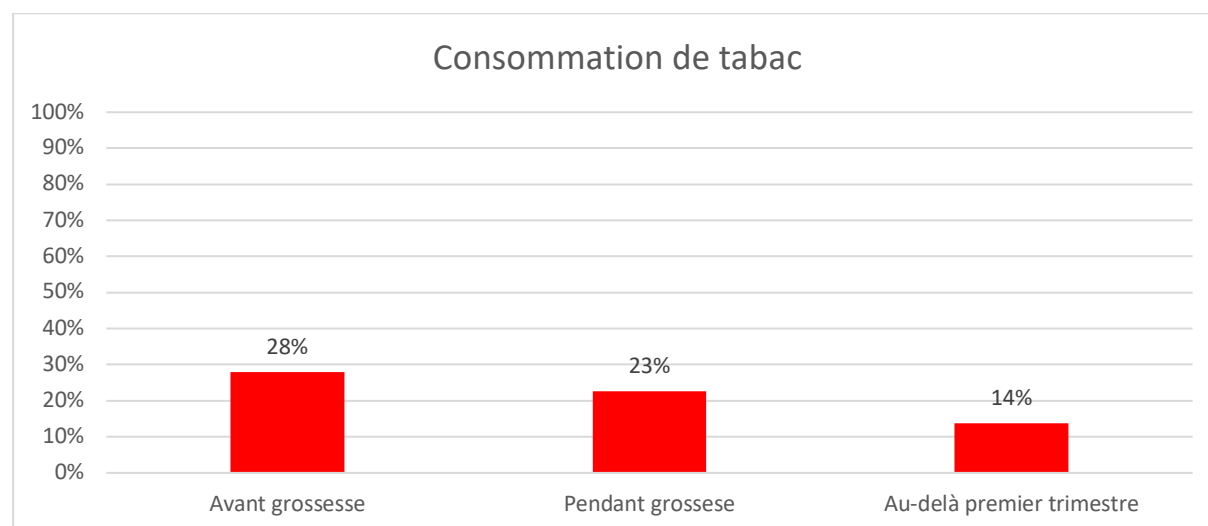


Figure 1

Parmi les consommatrices de tabac avant la grossesse, 50 % ont continué à consommer du tabac au-delà du premier trimestre de la grossesse.

Évolution de la consommation de tabac avant et pendant la grossesse chez les femmes consommatrices de tabac

L'évolution de la consommation de tabac avant et pendant la grossesse chez les femmes consommatrices de tabac est présentée dans la figure 2.

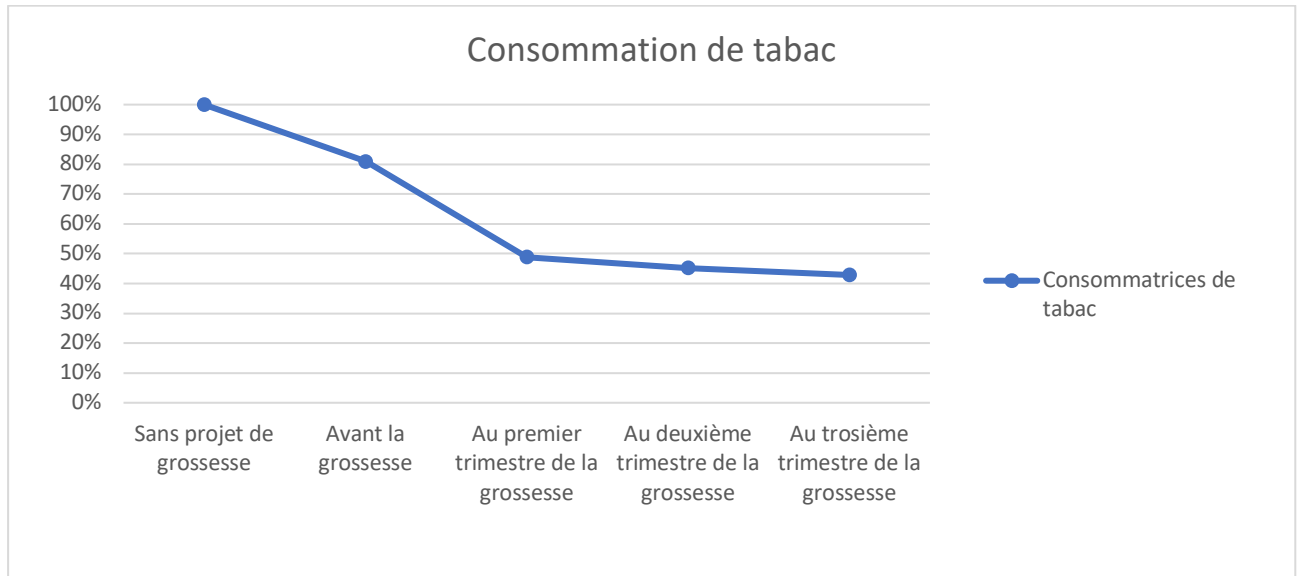


Figure 2

On peut constater que 19 % des femmes vont arrêter leur consommation de tabac avant la grossesse et 32 % des fumeuses auront arrêté le tabac à la fin du premier trimestre. Au cours du deuxième trimestre, 4 % des fumeuses ont arrêté de fumer et elles étaient 2 % à arrêter au troisième trimestre.

Parmi l'ensemble des femmes interrogées, 23 % ont fumé du tabac pendant leurs grossesse et environ 61 % ont continué à en consommer au-delà du premier trimestre.

L'évolution du nombre de cigarettes fumées par jour avant et pendant la grossesse est présentée dans la figure 3.

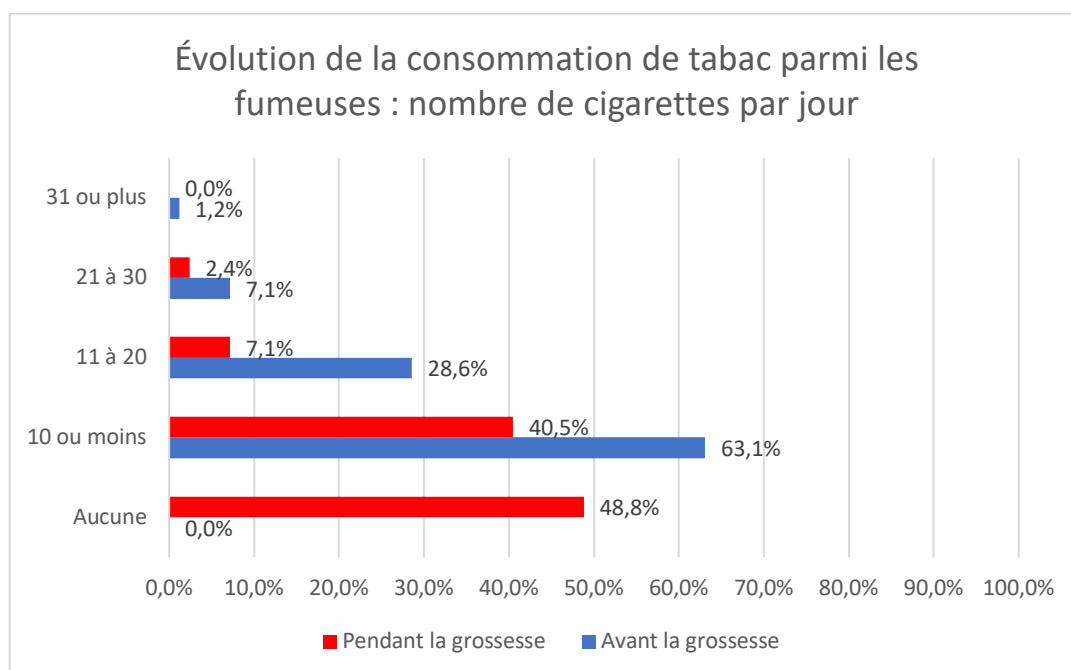


Figure 3

1,2 % des patientes n'ont pas répondu concernant le nombre de cigarettes qu'elles fumaient pendant la grossesse.

Parmi les patientes fumeuses, environ 28,6 % consommaient entre 11 et 20 cigarettes par jour, et 8,3 % plus de 20 cigarettes par jour avant la grossesse.

On constate que sur l'ensemble des patientes interrogées, 2,3 % consommaient plus de 20 cigarettes par jour avant la grossesse et 1,0 % pendant la grossesse. Concernant la consommation de plus de 10 cigarettes par jour sur l'ensemble des patientes, elle concernait 10,3 % de consommatrices avant la grossesse et 3,0 % pendant la grossesse.

Consommation de tabac par les conjoints au cours de la grossesse

Les prévalences de la consommation de tabac en général et de façon quotidienne des conjoints de l'ensemble des femmes interrogées sont présentées dans le tableau 4.

Tableau 4

Pourcentage de conjoints consommateurs de tabac pendant la grossesse	33,3 %
Pourcentage de conjoints consommateurs quotidiens de tabac pendant la grossesse	25 %

On peut constater que 75 % des conjoints consommateurs de tabac pendant la grossesse sont des consommateurs quotidiens.

Parmi les femmes qui consommaient du tabac avant la grossesse et dont le conjoint fumait quotidiennement pendant la grossesse, 4,7 % ont déclaré que la consommation de leur conjoint avait influencé leur propre consommation.

3.3.1.3. Consommation d'alcool

Les prévalences de la consommation d'alcool chez les femmes avant et pendant la grossesse sont présentées dans la figure 4.

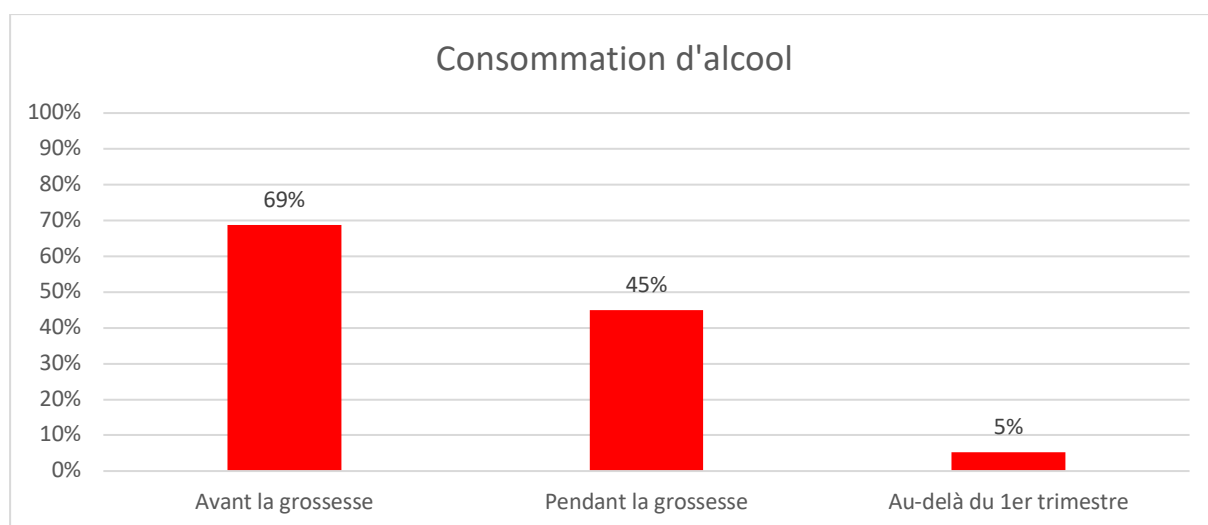


Figure 4

On constate que 69 % des femmes interrogées déclarent consommer de l'alcool avant la grossesse, et 45 % consommaient encore de l'alcool au cours du premier trimestre. Mais on remarque qu'au-delà du premier trimestre, 89,9% des femmes qui consommaient encore de l'alcool en début de grossesse ont totalement arrêté de boire de l'alcool.

Évolution de la consommation d'alcool pendant la grossesse chez les femmes consommatrices d'alcool

L'évolution de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse chez les femmes consommatrices d'alcool est présentée dans la figure 5.

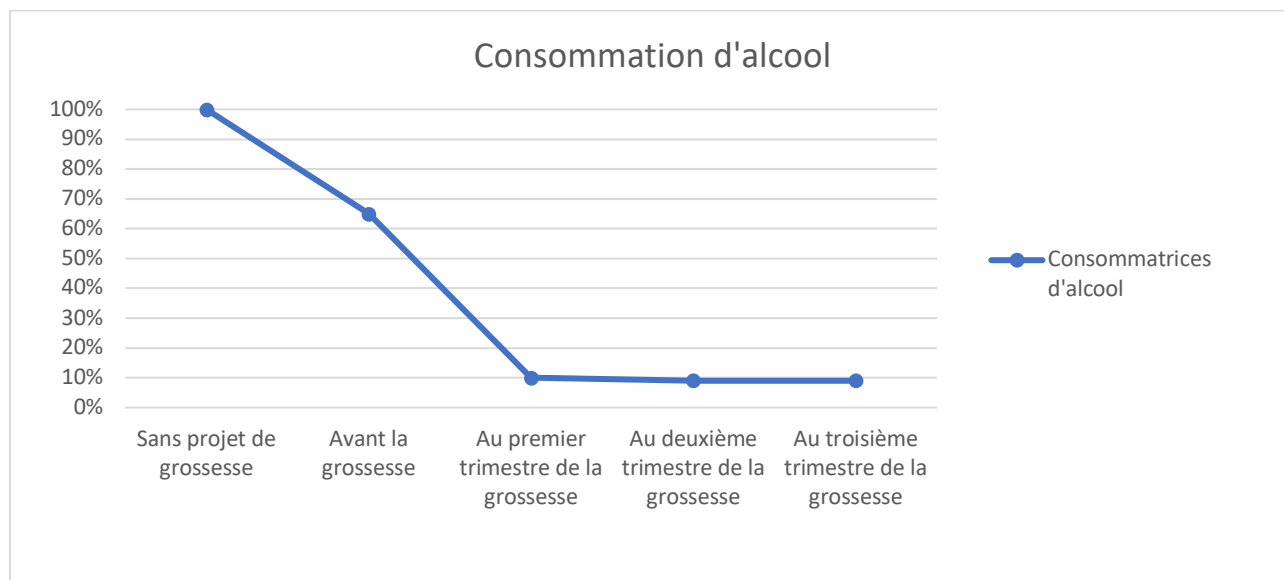


Figure 5

On constate que 38 % des femmes consommatrices d'alcool ont arrêté cette consommation avant la grossesse. On note que 60 % a arrêté l'alcool au cours du premier trimestre. De plus, respectivement 2 % et 1 % des femmes ont arrêté leur consommation au cours du deuxième et troisième trimestre.

Sur la population totale des femmes interrogées, 7,3 % auront consommé de l'alcool au-delà du premier trimestre, et 10,6 % des femmes qui consommaient déjà de l'alcool avant la grossesse auront continué d'en boire après le premier trimestre.

L'évolution de la fréquence de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse est présentée dans la figure 6.

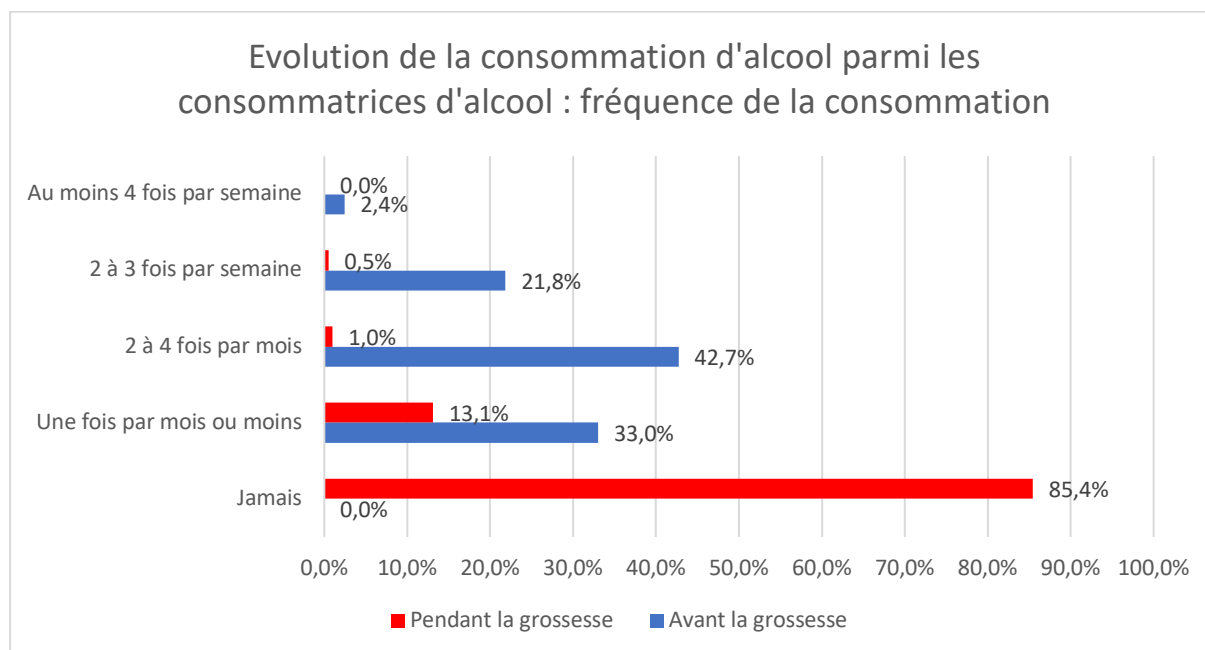


Figure 6

Parmi les femmes consommatrices d'alcool, 24,2 % buvaient 2 à 3 fois par semaine ou plus avant la grossesse. Au cours de la grossesse, une grande majorité d'entre elles a stoppé sa consommation.

Nous constatons que 26,7 % de l'ensemble des femmes interrogées ne consommaient jamais d'alcool avant la grossesse, mais 17,0 % en consommaient 2 à 3 fois par semaine ou plus. Au cours de la grossesse, on passe à 60,3 % déclarant n'avoir jamais bu d'alcool et seulement 0,3 % des femmes consommaient encore de l'alcool à une fréquence de 2 à 3 fois par semaine ou plus.

L'évolution du nombre de verres d'alcool pris par jour de consommation avant et pendant la grossesse est présentée dans la figure 7.

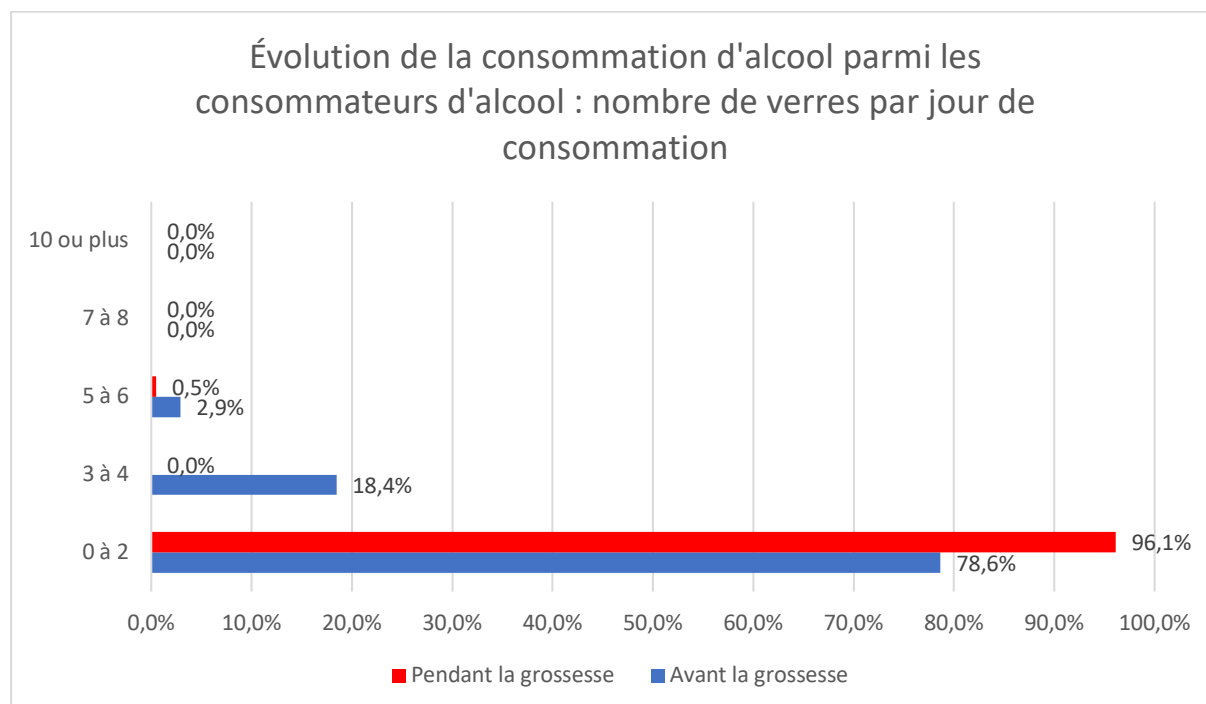


Figure 7

Nous constatons que 78,6 % des femmes consommatrices d'alcool consommaient de 0 à 2 verres d'alcool par jour de consommation avant la grossesse et ce chiffre passe à 96,1 % pendant la grossesse. On note que 18,4 % des femmes ont déclaré consommer de 3 à 4 verres d'alcool lors d'une occasion, seulement 2,9 % de 5 à 6 verres et aucun au-delà de 6 verres avant la grossesse. Pendant la grossesse aucune femme n'a déclaré consommer plus de 2 verres par occasion excepté une qui buvait en moyenne 5 à 6 verres d'alcool à chaque occasion.

3,4 % des femmes n'ont pas répondu concernant le nombre de verres d'alcool consommé par jour de consommation au cours de la grossesse.

Consommation d'alcool des conjoints au cours de la grossesse

Les prévalences de la consommation d'alcool en général et de façon quotidienne des conjoints de l'ensemble des femmes interrogées sont présentées dans le tableau 5.

Tableau 5

Pourcentage de conjoints consommateurs d'alcool pendant la grossesse	64,7 %
Pourcentage de conjoints consommateurs quotidiens d'alcool pendant la grossesse	3,0 %

Nous constatons que 4,6 % des conjoints consommateurs d'alcool au cours de la grossesse présentaient une consommation quotidienne d'alcool.

Parmi les femmes qui consommaient de l'alcool avant la grossesse et dont le conjoint buvait de l'alcool quotidiennement pendant la grossesse, aucune n'a déclaré que la consommation de leur conjoint avait influencé leur propre consommation.

3.3.1.4. Consommation de cannabis

Consommation de cannabis avant et pendant la grossesse

Les prévalences de la consommation de cannabis chez les femmes avant et pendant la grossesse sont présentées dans la figure 8.

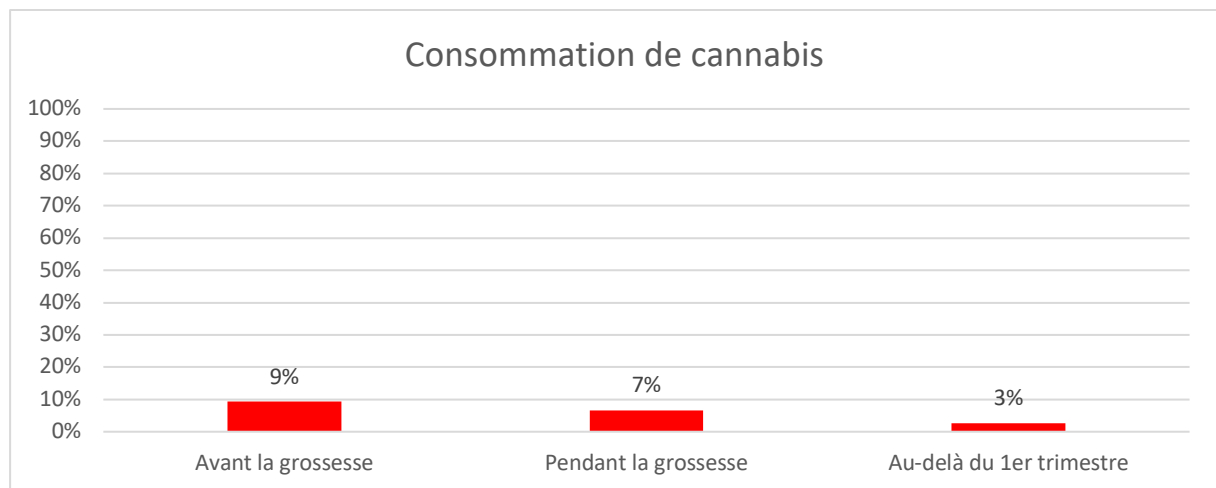


Figure 8

On constate que 9 % des femmes interrogées ont déclaré fumer du cannabis avant la grossesse. Seulement un tiers des femmes (3%) a poursuivi sa consommation au-delà du premier trimestre.

Évolution de la consommation de cannabis pendant la grossesse chez les femmes consommatrices de cannabis

L'évolution de la consommation de cannabis avant et pendant la grossesse chez les femmes consommatrices de cannabis est présentée dans la figure 9.

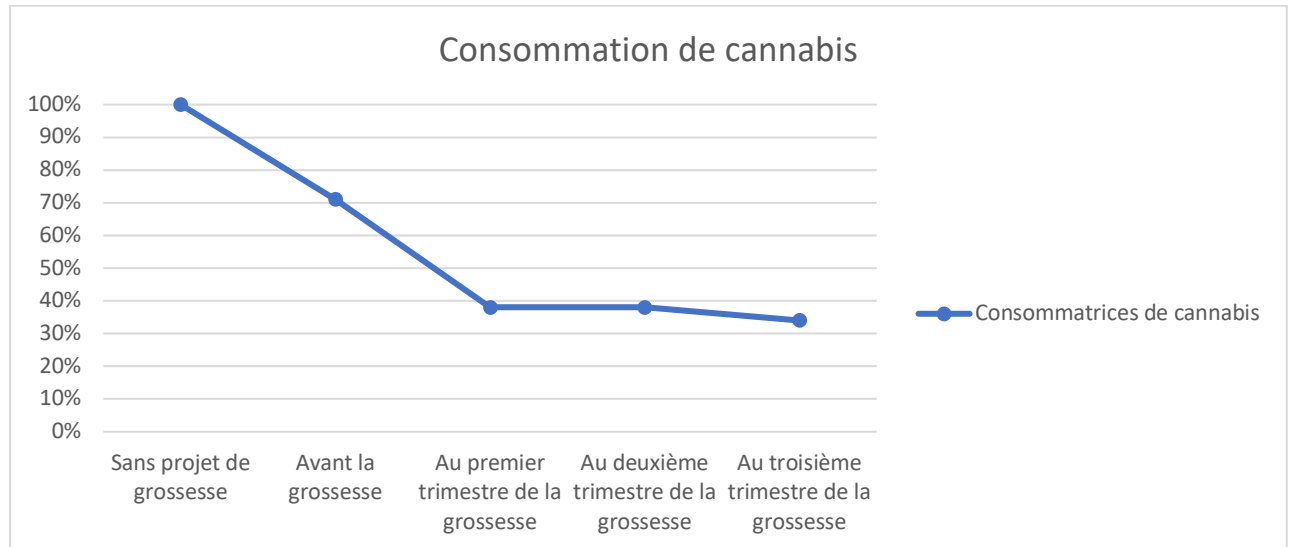


Figure 9

Environ 38 % des patientes consommatrices de cannabis ont arrêté leur consommation avant la grossesse. Elles sont 57 % à avoir arrêté le cannabis au cours du premier trimestre de la grossesse. De plus, 5 % des femmes ont déclaré avoir arrêté le cannabis au-delà du premier trimestre de la grossesse.

L'évolution de la fréquence de la consommation de cannabis avant et pendant la grossesse est présentée dans la figure 10.

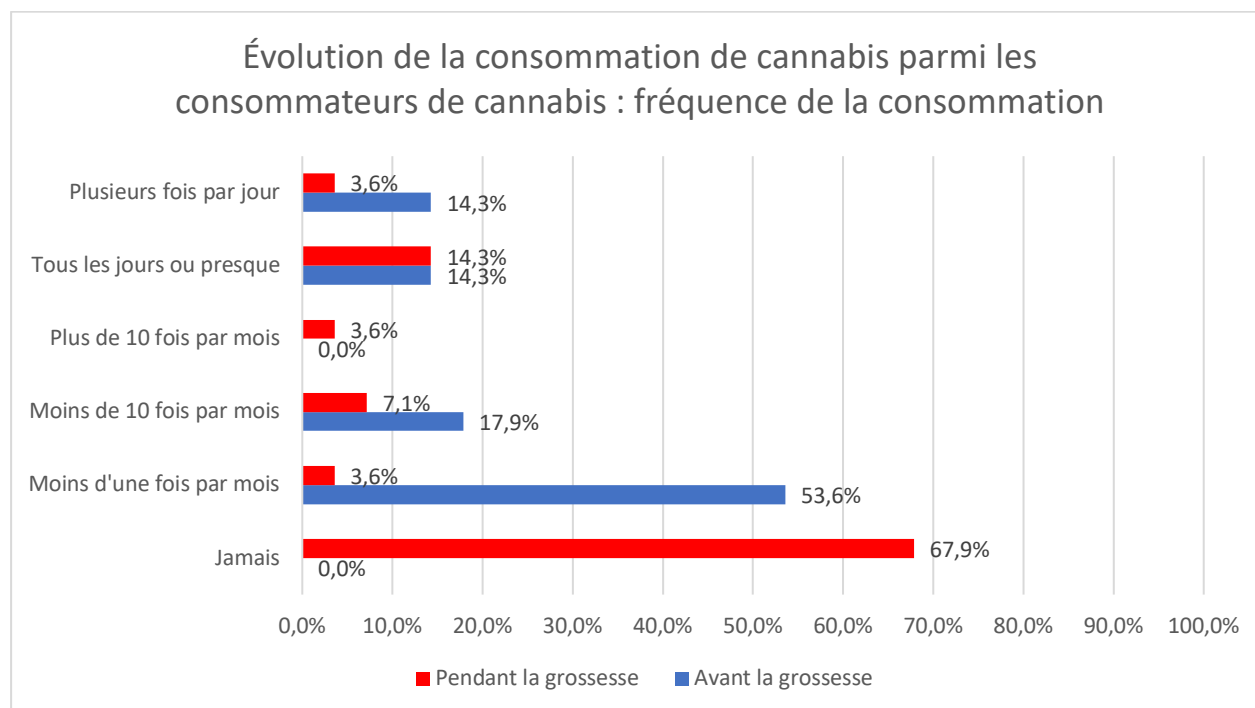


Figure 10

Concernant les femmes consommatrices de cannabis avant la grossesse, 71,5 % avaient une consommation occasionnelle soit moins de 10 fois par mois (6,7 % de la population totale de femmes interrogées), 28,6 % avaient un usage régulier soit plus de 10 fois par mois. Au cours de la grossesse, il restait environ 18 % des femmes qui consommaient du cannabis presque tous les jours ou plusieurs fois par jour.

Consommation de cannabis par les conjoints au cours de la grossesse

Les prévalences de la consommation d'alcool en général et de façon quotidienne des conjoints de l'ensemble des femmes interrogées sont présentées dans le tableau 6.

Tableau 6

Pourcentage de conjoints consommateurs de cannabis pendant la grossesse	8,7 %
Pourcentage de conjoints consommateurs quotidiens de cannabis pendant la grossesse	4,3 %

On constate que 50 % des conjoints consommateurs de cannabis au cours de la grossesse présentaient une consommation quotidienne de cannabis.

Parmi les femmes qui consommaient du cannabis avant la grossesse et dont le conjoint fumait du cannabis quotidiennement pendant la grossesse, 1,3 % a déclaré que la consommation de leur conjoint avait influencé leur propre consommation.

3.3.1.5. Consommation d'autres substances psychoactives : autres drogues illicites que le cannabis et benzodiazépines

Les prévalences des consommations des autres substances psychoactives avant et pendant la grossesse sont présentées dans le tableau 7.

Tableau 7

Substances	Avant la grossesse (au cours des deux ans précédents)		Pendant la grossesse	
	2018	2008	2018	2008
Cocaïne	12 (4,0 %)	1,7 %	2 (0,7 %)	0
Crack, freebase, cocaïne fumée	2 (0,7 %)	0,7 %	1 (0,3 %)	0
Héroïne, brown	2 (0,7 %)	0,7 %	0	0
Opiacés : codéine, morphine, Skénan...	11 (3,7 %)	1,0 %	2 (0,7 %)	0
Subutex	1 (0,3 %)	0,3 %	1 (0,3 %)	0,3 %
Méthadone	0	0	0	0
Ecstasy, MDMA, amphétamines	6 (2,0 %)	1,0 %	0	0
LSD, champignons hallucinogènes	1 (0,3 %)	0,7 %	0	0
« Calmants » : benzodiazépines ou barbituriques	11 (3,7 %)	5,3 %	1 (0,3 %)	1,3 %

La substance psychoactive la plus consommée avant la grossesse par les femmes interrogées est la cocaïne : cela concerne 4,0 % des femmes. Viennent ensuite les opiacés (prescrits ou non) et les benzodiazépines ou barbituriques avec 3,7 %. Au cours de la grossesse, la consommation de cocaïne concernait 0,7 % des femmes, celle d'opiacés 0,7 % des femmes et celle de « calmants » 0,3 % des femmes.

3.3.1.6. Bilan des prévalences des consommations avant la grossesse

Les prévalences des polyconsommations et des consommations isolées (parmi alcool, tabac et cannabis) pendant la grossesse sont présentées dans le tableau 8.

Tableau 8

	NOMBRE	FREQUENCE
CONSOMMATION ISOLEE DE TABAC	10	3,3%
CONSOMMATION ISOLEE D'ALCOOL	128	42,7%
CONSOMMATION ISOLEE DE CANNABIS	1	0,3%
TOTAL CONSOMMATIONS ISOLEES	139	46,3%
ALCOOL + TABAC	52	17,3%
TABAC + CANNABIS	4	1,3%
CANNABIS + ALCOOL	7	2,3%
ALCOOL + TABAC + CANNABIS	15	5,0%
TOTAL POLYCONSOMMATIONS	78	26,0%
TOTAL UNE OU PLUSIEURS CONSOMMATIONS	217	72,3%

3.3.1.7. Polyconsommations pendant la grossesse (au-delà du premier trimestre)

Polyconsommations de tabac et d'alcool pendant la grossesse

Les effectifs des femmes consommant de l'alcool et/ou du tabac pendant la grossesse (au-delà du premier trimestre de la grossesse) sont présentés dans le tableau 9.

Tableau 9

	Consommations d'alcool pendant la grossesse		
Consommation de tabac pendant la grossesse	Non	Oui	Total
Non	248	11	259
Oui	36	5	41
Total	284	16	300

Il existe un lien significatif entre la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse. (Test Chi2 : **p-value = 0,035**)

La prévalence de la consommation de tabac et d'alcool au cours de la grossesse est de **1,7 %**.

Polyconsommations de tabac et de cannabis pendant la grossesse

Les effectifs des femmes consommant du cannabis et/ou du tabac pendant la grossesse (au-delà du premier trimestre de la grossesse) sont présentés dans le tableau 10.

Tableau 10

Consommation de tabac pendant la grossesse	Consommations de cannabis pendant la grossesse		Total
	Non	Oui	
Non	258	1	259
Oui	34	7	41
Total	292	8	300

Il existe un lien significatif entre la consommation de tabac et de cannabis pendant la grossesse. (Test Chi2 : **p-value <0,0001**)

La prévalence de la consommation de tabac et d'alcool au cours de la grossesse est de **2,3 %**.

Polyconsommations d'alcool et de cannabis pendant la grossesse

Les effectifs des femmes consommant du cannabis et/ou de l'alcool pendant la grossesse (au-delà du premier trimestre de la grossesse) sont présentés dans le tableau 11.

Tableau 11

Consommation d'alcool pendant la grossesse	Consommations de cannabis pendant la grossesse		Total
	Non	Oui	
Non	277	7	284
Oui	15	1	16
Total	292	8	300

Il n'y a pas de lien significatif entre la consommation de cannabis et la consommation d'alcool pendant la grossesse (Test Chi2 : p-value = 0,36)

La prévalence de la consommation de cannabis et d'alcool pendant la grossesse est de **0,3 %**.

3.3.1.8. Bilan des prévalences des consommations pendant la grossesse (au-delà du premier trimestre)

Les prévalences des polyconsommations et des consommations isolées (parmi alcool, tabac et cannabis) pendant la grossesse sont présentées dans le tableau 12.

Tableau 12

	NOMBRE	FREQUENCE 2018	FREQUENCE 2008
CONSOMMATION ISOLEE DE TABAC	30	10,0%	16,0 %
CONSOMMATION ISOLEE D'ALCOOL	11	3,7%	15,7 %
CONSOMMATION ISOLEE DE CANNABIS	1	0,3%	0,0 %
TOTAL CONSOMMATIONS ISOLEES	42	14,0%	31,7 %
ALCOOL + TABAC	5	1,7%	3 %
TABAC + CANNABIS	7	2,3%	1,7 %
CANNABIS + ALCOOL	1	0,3%	0,3 %
ALCOOL + TABAC + CANNABIS	1	0,3%	1,3 %
TOTAL POLYCONSOMMATIONS	14	4,7%	6,3 %
TOTAL UNE OU PLUSIEURS CONSOMMATIONS	56	18,7%	38 %

3.3.1.9. Suivi de la grossesse

Les résultats concernant le suivi de la grossesse sont présentés dans le tableau 13.

Tableau 13

	Fréquence/moyenne 2018	2008
Terme de découverte de la grossesse (moyenne ± écart-type)	4,3 ± 3,1 semaines	4,5 ± 3,0
Terme du premier RDV de suivi (moyenne ± écart-type)	6,8 ± 4,0 semaines	7,0 ± 4,3
"Entretien du 4ème mois"	48,0%	36,7 %
"Entretien préconceptionnel"	13,7%	
Nombre d'échographies :		
2	0,3%	2 %
3	29,7%	32,7 %
4 ou plus	69,3%	65,3 %
Aucune information sur les risques liés aux consommations de produits pendant la grossesse	21,7%	15,3 %
Aucune question sur les consommations de :		
Tabac	20,7%	25,0 %
Alcool	30,0%	36,7 %
Cannabis	53,0%	62,0 %
Cocaïne/héroïne/amphétamines/autres produits	69,0%	74,0 %
Subutex/méthadone	76,0%	79,3 %
Benzodiazépines/barbituriques/"calmants"	75,0%	78,7 %
Proposition de rencontrer un(e) :		
Addictologue	3,7%	0,7 %
Tabacologue	13,7%	10,3 %
Alcoologue	1,0%	1,3 %
Psychiatre/psychologue	13,7%	7,3 %
Suivi au cours de la grossesse par :		
Psychiatre/psychologue	7,7%	6,3 %
Addictologue	1,0%	0,3 %
Tabacologue	2,7%	1,3 %
Alcoologue	0,0%	0,0 %
Structure de soins spécialisée pour la toxicomanie	0,0%	0,3 %
Sentiments de mal-être	10,7%	9,0 %

Informations sur les risques liés aux consommations pendant la grossesse

Les pourcentages de femmes n'ayant pas reçu d'informations sur les risques liés aux consommations pendant la grossesse parmi les femmes présentant une consommation pendant la grossesse sont présentés dans le tableau 14.

Tableau 14

INFORMATIONS SUR LES RISQUES	Consommation de tabac pendant la grossesse	Consommation d'alcool pendant la grossesse	Consommation de cannabis pendant la grossesse
Non	14,6 %	6,3 %	0,0 %

Questions posées sur les consommations pendant la grossesse

Les pourcentages de femmes n'ayant pas été questionnées sur leur consommation pendant la grossesse parmi les femmes présentant une consommation pendant la grossesse sont présentés dans le tableau 15.

Tableau 15

QUESTIONS	Consommation de tabac pendant la grossesse	Consommation d'alcool pendant la grossesse	Consommation de cannabis pendant la grossesse
Non	5,95 %	1,46 %	0,00 %

Proposition d'évaluation ou de suivi addictologique pendant la grossesse

Les pourcentages de femmes n'ayant pas eu de proposition de rencontrer un professionnel spécialisé en addictologie/tabacologie pendant la grossesse parmi les femmes présentant une consommation pendant la grossesse sont présentés dans le tableau 16.

Tableau 16

PROPOSITION DE SUIVI	Consommation de tabac pendant la grossesse	Consommation d'alcool pendant la grossesse	Consommation de cannabis pendant la grossesse
Non	22,0 %	75,0 %	0,00%

Qualité de suivi chez les femmes ayant bénéficié de la consultation préconceptionnelle

Les résultats sur l'information sur les consommations à risque pendant la grossesse délivrée aux femmes enceintes ayant bénéficié de la consultation préconceptionnelle sont présentés dans le tableau 17.

Tableau 17

Entretien préconceptionnel	Ont eu des informations sur les consommations à risque
Oui	82,9 %
Non	77,6 %
Chi2	p-value = 0,4390

Les femmes ayant bénéficié d'un entretien préconceptionnel n'ont pas été significativement plus informées sur les consommations à risque pendant la grossesse comparativement aux femmes qui n'en ont pas bénéficié.

Les résultats concernant les questions posées sur les consommations pendant la grossesse aux femmes ayant bénéficié de l'entretien prénatal précoce sont présentés dans le tableau 18.

Tableau 18

Entretien préconceptionnel	Questions tabac	Questions alcool	Questions cannabis	Questions cocaïne	Questions opiacés	Questions calmants
Oui	82,9 %	73,2 %	58,5 %	43,9 %	41,5 %	43,9 %
Non	78,8 %	69,8 %	44,9 %	28,6 %	20,8 %	21,6 %
Chi2	0,5465	0,6615	0,1039	0,0491	0,0015	0,0008

Les femmes ayant bénéficié d'un entretien préconceptionnel ont été significativement plus fréquemment questionnées sur leurs consommations de cocaïne, d'opiacés et de « calmants » comparativement aux femmes qui n'en ont pas bénéficié. (p-value < 0,05)

Qualité de suivi chez les femmes ayant bénéficié de « l’entretien du quatrième mois » ou « entretien prénatal précoce »

Les résultats sur l’information sur les consommations à risque pendant la grossesse délivrée aux femmes enceintes ayant bénéficié de l’entretien prénatal précoce sont présentés dans le tableau 19.

Tableau 19

Entretien prénatal précoce	Ont eu des informations sur les consommations à risque
Oui	86,8 %
Non	70,3 %
Chi2	p-value < 0,001

Les femmes ayant bénéficié d’un entretien prénatal précoce ont été significativement plus informées sur les consommations à risque pendant la grossesse comparativement aux femmes qui n’en ont pas bénéficié.

Les résultats concernant les questions posées sur les consommations pendant la grossesse aux femmes ayant bénéficié de l’entretien prénatal précoce sont présentés dans le tableau 20.

Tableau 20

Entretien prénatal précoce	Questions tabac	Questions alcool	Questions cannabis	Questions cocaïne	Questions opiacés	Questions calmants
Oui	85,3 %	78,3 %	54,5 %	37,1 %	28 %	28,7 %
Non	75,2 %	63,8 %	39,9 %	25,5 %	20,1 %	21,5 %
Chi2	0,0298	0,006	0,0121	0,0330	0,1168	0,2403

Les femmes ayant bénéficié d’un entretien prénatal précoce ont significativement été plus questionnées sur leur consommation de tabac, d’alcool, de cannabis et de cocaïne comparativement aux femmes n’en ayant pas bénéficié.

Les résultats sur la proposition de consultation spécialisée aux femmes ayant bénéficié de l’entretien prénatal précoce sont présentés dans le tableau 21.

Tableau 21

Entretien prénatal précoce	Ont eu proposition tabacologue	Ont eu proposition addictologue, alcoologue ou psychiatre
Oui	13,3 %	16,0 %
Non	14,2 %	14,7 %
Chi2	0,8231	0,7559

Il n'a pas été significativement plus proposé de rencontrer un tabacologue, un addictologue un alcoologue ou un psychiatre aux femmes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce comparativement aux femmes qui n'en ont pas bénéficié. (p-value > 0,05)

3.3.1.10. Déroulement de la grossesse

Les résultats du déroulement de la grossesse sont présentés dans le tableau 22.

Tableau 22

	Fréquence/moyenne 2018	Fréquence/moyenne 2008
Grossesse programmée	90,0 %	93,3 %
Aide à la procréation	7,7 %	3,7 %
Hospitalisation pour complications obstétricales	19,7 %	19 %
Retard de croissance intra-utérin	18,6 %	14,0 %
Menace d'accouchement prématuré	35,6 %	50,8 %
Autre (placenta prævia, cholestase gravidique...)	55,9 %	52,6 %
Terme d'accouchement en nombre de semaines d'aménorrhée	38,8 ± 2,2	38,8 ± 2,7
Très grand prématurés (< 28 SA)	0,3 %	0,7 %
Grand prématurés (28 SA ≤ Terme ≤ 32 SA)	1,0 %	3,7 %
Prématurés (≥ 32 SA)	9,3 %	6,7 %
Poids du bébé en grammes (moyenne ± écart-type)	3227 +/- 642	3132 ± 671
Hypotrophes (< 2500g)	9,3 %	11,3 %
Eutrophes (2500g ≤ poids ≤ 3999g)	81,7 %	82,7 %
Macrosomes (≥ 4000g)	8,3 %	6,7 %
Transfert du bébé dans un autre service	12,0 %	13,4 %
Néonatalogie	35,1 %	32,6 %
Soins intensifs de néonatalogie	40,5 %	25,6 %
Réanimation néonatale	24,3 %	41,8 %

3.3.1.11. Dans les suites de la grossesse

Parmi les femmes interrogées, certaines ont arrêté la consommation d'une substance au cours de la grossesse. Nous avons voulu savoir quelle proportion de femmes comptait poursuivre ce ou ces arrêts après la grossesse. 25,7 % des femmes qui ont arrêté la consommation de tabac, alcool, cannabis ou autres pendant la grossesse comptent poursuivre l'arrêt dans le post-partum.

Parmi les femmes interrogées, 6% ont déclaré qu'elles auraient souhaité obtenir une aide des professionnels avant le début de la grossesse afin d'arrêter la consommation d'une substance (tabac, alcool, cannabis). Cela représente 8,3 % des femmes qui présentaient une ou plusieurs consommations avant la grossesse.

3.3.2. Comorbidités psychosociales

Consommations de substances psychoactives avant la grossesse chez les femmes ayant subi des violences physiques ou psychiques

Les prévalences des consommations de substances psychoactives avant la grossesse chez les femmes ayant subi des violences sont présentées dans le tableau 23.

Tableau 23

Antécédents de VIOLENCES	Usage de tabac	Usage d'alcool	Usage de cannabis	Usage d'autres drogues illicites	Usage de benzodiazépines
Oui	41,2 %	66,7 %	27,5 %	21,6 %	9,8 %
Non	25,5 %	69,2 %	5,7 %	4,9 %	2,4 %
Chi2	0,0258	0,8015	<0,0001	<0,0001	0,0115

Les femmes ayant subi des violences physiques ou psychologiques sont significativement plus nombreuses à consommer du tabac, du cannabis, d'autres drogues illicites ou des benzodiazépines comparativement aux femmes qui n'en ont pas subi. Nous ne retrouvons pas de différence significative concernant l'alcool.

Consommation de substances psychoactives avant la grossesse chez les femmes ayant un antécédent de dépression

Les prévalences des consommations de substances psychoactives avant la grossesse chez les femmes ayant un antécédent de dépression sont présentées dans le tableau 24.

Tableau 24

Antécédents de DÉPRESSION	Usage de tabac	Usage d'alcool	Usage de cannabis	Usage d'autres drogues illicites	Usage de benzodiazépines
Oui	33,3 %	66,7 %	21,2 %	18,2 %	12,1 %
Non	26,5 %	69,2 %	6,0 %	4,7 %	1,3 %
Chi2	0,2923	0,7413	<0,0001	0,0002	<0,0001

Les femmes présentant un antécédent de dépression sont significativement plus nombreuses à consommer du cannabis, d'autres drogues illicites ou des benzodiazépines. En revanche, il n'y a pas de différence significative concernant le tabac et l'alcool

3.4. DISCUSSION

3.4.1. Analyse descriptive de l'échantillon

3.4.1.1. Comparaison avec l'échantillon de l'étude témoin

L'âge moyen des femmes interrogées dans notre étude est de 30,9 ans, il était de 29,6 ans dans l'étude de 2008. Ceci semble correspondre à la tendance mise en évidence par les données épidémiologiques au niveau régional et national. En Pays de la Loire en 2014 l'âge moyen des mères à l'accouchement était de 30,3 ans et de 30,6 ans en 2017 en France. (63)

Parmi les femmes interrogées, 42,7 % étaient primipares contre 44,7 % en 2008. La proportion de primipares est donc semblable. Selon une enquête du réseau sécurité naissance réalisée en 2010, 49 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire étaient primipares. Au niveau national, on comptait 57 % de primipares. (64)

3.4.2. Conduites addictives avant la grossesse et consommations pendant la grossesse

3.4.2.1. Consommation de tabac

Nous retrouvons dans notre étude 23 % de femmes qui déclarent avoir consommé du tabac pendant la grossesse et 14 % en ont consommé au-delà du 1^{er} trimestre. Ainsi il apparaît qu'environ la moitié des fumeuses en début de grossesse ont arrêté leur consommation au-delà

du premier trimestre. Il y a donc une baisse notable de 11 % du nombre de fumeuses pendant la grossesse et une baisse de 8 % passé le premier trimestre par rapport à l'étude de 2008.

Nos chiffres sont légèrement inférieurs à ceux obtenus au cours l'Enquête Nationale Périnatale de 2016. En effet, cette étude indiquait que le nombre de femmes ayant fumé au troisième trimestre de la grossesse était resté stable par rapport à l'enquête de 2017, soit environ 17 %.

(7)

Près de 40,5 % des femmes qui ont fumé au-delà du premier trimestre de la grossesse fumaient 10 cigarettes ou moins par jour. Aucune des femmes qui ont continué de fumer n'a consommé plus de 31 cigarettes par jour au cours de la grossesse. Cependant, il reste tout de même 8,5 % de femmes à consommer entre 11 et 30 cigarettes par jour au-delà du premier trimestre. Néanmoins, on peut dire que par rapport à l'étude de 2008, les femmes qui fument au-delà du premier trimestre fument moins.

On peut constater que 19 % des consommatrices de tabac vont arrêter avant la grossesse et 32 % des fumeuses arrêtent au cours du premier trimestre. 33 % des arrêts sont donc réalisés avant la grossesse et 56 % des arrêts le sont au cours du premier trimestre. Un très faible pourcentage de femmes a stoppé sa consommation au cours du deuxième ou du troisième trimestre. 43 % des fumeuses n'arrêteront pas le tabac au cours de la grossesse. On peut donc dire que moins de femmes fument qu'en 2008, mais que la dynamique d'arrêt est toujours la même, c'est-à-dire un arrêt préférentiel au cours du premier trimestre.

Il semble que l'information et la prévention en général et au cours de la grossesse ont eu un impact puisqu'il y a moins de femmes fumeuses comparativement à 2008, néanmoins il reste un pourcentage non négligeable de femmes qui fument encore au cours de la grossesse.

3.4.2.2. Consommation d'alcool

Selon notre étude, 69 % des femmes interrogées consommaient de l'alcool avant la grossesse, soit 10 % de moins qu'en 2008. Ce taux paraît peu élevé quand on compare avec les données nationales qui nous indiquent que 77,6 % des femmes de 18 à 39 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois. (8) Les changements culturels potentiels de la population étudiée au cours de ces dernières années (augmentation possible des femmes ne consommant culturellement ou religieusement jamais d'alcool) pourraient constituer un biais de notre étude. Il est également possible que les campagnes de prévention, plus fréquentes ces dernières années, aient eu un effet culpabilisateur qui a pu entraîner une sous déclaration des femmes par désirabilité sociale. (8) De plus, 45 % de l'ensemble des femmes consommaient encore de l'alcool au cours du premier trimestre et plus que 5 % au-delà du premier trimestre. Ainsi, si la proportion de femmes consommant de l'alcool en cours de grossesse reste importante, elle est en baisse, surtout concernant les consommations au-delà du premier trimestre. On peut penser qu'un certain nombre de femmes a bu de l'alcool en début de grossesse alors qu'elles ne savaient pas encore qu'elles étaient enceintes.

Presque un quart des femmes buvaient au moins deux fois par semaine avant la grossesse, mais seulement 2,9 % buvaient en moyenne plus de 4 verres par occasion.

Lors du dépouillement de nos questionnaires, il est apparu que les femmes ajoutaient spontanément très fréquemment des indications sur leur consommation d'alcool au cours de la grossesse. Il a été retrouvé des commentaires expliquant qu'elles n'avaient consommé de l'alcool « qu'une seule fois », qu'elles n'avaient bu « qu'un petit fond de verre », ou « juste une goutte lors d'une occasion très spéciale ». Ce besoin de se justifier n'a été repéré que dans le cas de l'alcool et semble montrer que la consommation de cette substance au cours de la grossesse déclenche une peur d'être jugée voir une culpabilité.

3.4.2.3. Consommation de cannabis et d'autres substances illicites

La prévalence de la consommation de cannabis avant la grossesse est de 9 % dans la population de notre étude. On constate une légère baisse de cette prévalence par rapport à 2008 où elle était de 12 %. On note une légère baisse de ce taux ce qui correspond aux données nationales puisqu'en France en 2014, l'usage actuel (dans les 12 derniers mois) concernait 11 % des 18-64 ans dont 7 % des femmes. (65)

Il est intéressant de noter que si le pourcentage de consommatrices avant la grossesse est en baisse, le pourcentage de consommatrices au cours de la grossesse ne l'est pas. Nous retrouvons encore 7 % de fumeuses de cannabis pendant la grossesse et 3 % au-delà du premier trimestre, exactement comme dans l'étude de 2008. La plupart des femmes continuant de consommer du cannabis durant la grossesse en consomment pratiquement quotidiennement. Il est probable que les femmes qui poursuivent leurs consommations présentent une addiction au cannabis.

Ainsi, s'il y a moins de femmes qui consomment du cannabis avant la grossesse, il y a toujours autant de consommatrices pendant la grossesse qu'il y a 10 ans.

La prévalence de la consommation de cannabis chez les femmes en âge de procréer reste élevée en France et il paraît essentiel que la question de la consommation de cannabis par les professionnels de santé soit systématique pour permettre une prise en charge optimale.

Il paraîtrait utile d'axer dans les années à venir les campagnes de prévention plus sur le cannabis dans le but de faire connaître aux couples les conséquences de ces consommations sur le fœtus mais aussi sur eux-mêmes. Le cannabis possède auprès de la population une image de drogue « bio », peu agressive du fait des effets relaxants qu'il provoque chez les consommateurs. (5)

En France la prévalence de la consommation de cocaïne est en augmentation. Nous retrouvons cette tendance dans notre étude puisque 4,7 % des femmes ont déclaré avoir consommé de la cocaïne dans les deux ans précédents la grossesse soit le double d'il y a 10 ans. De plus, 1 % des femmes a consommé de la cocaïne au cours de la grossesse. Les femmes concernées avaient été repérées et bénéficiaient d'un suivi spécifique.

D'autre part, la consommation d'opiacés (héroïne, buprénorphine, méthadone, morphine) avant la grossesse concerne 4,7 % des femmes, ce qui est trois fois plus qu'en 2008. La prévalence de la consommation d'ecstasy a quant à elle doublé, elles sont 2 % de la totalité de l'échantillon à en avoir consommé avant la grossesse. Aucune consommation au cours de la grossesse n'a été retrouvée.

La seule consommation qui tend à diminuer concerne les benzodiazépines. En 2008 avant la grossesse, 5,3 % en avaient consommées contre 3,7 % en 2018. Seulement une patiente a déclaré en avoir pris pendant la grossesse soit 4 fois moins que dans l'étude précédente.

Il est tout à fait possible qu'il y ait quantitativement plus de femmes qui consomment des substances illicites comparativement à il y a 10 ans. Mais on peut aussi penser qu'il est peut-être mieux socialement accepté de déclarer une consommation de substance illicite en 2018 qu'en 2008. Les représentations sociales des substances changent et le tabac n'attire plus autant qu'avant, tandis que certaines autres substances illicites tendent à se banaliser même si peu de personnes en consomment. (5)

En conclusion, si globalement les consommations de substances illicites sont soit stables, soit en hausse, on constate néanmoins qu'elles sont pratiquement nulles au cours de la grossesse, excepté pour le cannabis. Les femmes ayant déclaré des consommations de cocaïne, héroïne, ou d'opiacés pendant la grossesse avaient des profils de polyconsommations et de toxicomanie et étaient connues par les professionnels de santé.

3.4.2.4. Évolution des niveaux de consommation des substances pendant la grossesse

L'étude réalisée en 2008 avait permis de démontrer que la majorité des arrêts de la consommation d'une substance psychoactive avaient lieu en début de grossesse, et que seulement une partie des femmes arrêtaient leurs consommations avant la grossesse, si la grossesse était programmée.

Nous retrouvons les mêmes tendances dix ans après. La majorité des femmes arrêtera le tabac, l'alcool ou le cannabis au début de la grossesse, mais l'on observe malgré tout une augmentation de la proportion de femmes arrêtant leurs consommations avant la grossesse.

Il apparaît qu'il reste donc un grand travail de prévention à réaliser auprès des femmes afin de continuer à inverser la tendance et augmenter le pourcentage de femmes arrêtant leurs consommations avant la grossesse afin de réduire les complications fœtales et obstétricales.

La majorité des grossesses menées à terme en 2018 sont des grossesses prévues puisque 12 % d'entre elles sont des grossesses non prévues (grossesse survenue suite à l'absence ou l'échec de contraception, alors que la femme ne souhaite pas être enceinte). (66) Nous retrouvons ces chiffres dans notre étude : 10 % des femmes ont déclaré que leur grossesse n'était pas programmée. **Nous pouvons donc considérer que 90 % des femmes enceintes pourraient bénéficier d'une aide avant de débiter une grossesse afin d'arrêter au plus tôt la consommation de substances psychoactives.**

3.4.2.5. Polyconsommations avant la grossesse et pendant la grossesse

Il est difficile de comparer nos résultats aux études nationales qui portent sur les polyconsommations régulières c'est-à-dire au moins 10 usages des substances dans les 30 jours précédents l'enquête. Or nous avons pris en compte toutes les consommations déclarées, nos chiffres sont donc bien plus élevés que les données nationales. Selon le baromètre Santé de 2014, 9% des 18-64 ans présenterait une consommation régulière d'au moins deux substances. L'association du tabac et de l'alcool est la plus fréquente. La polyconsommation des trois produits alcool-tabac-cannabis est quant à elle maximale chez les 26-34 ans ; elle concerne 2 % de cette tranche d'âge. (45)

Dans les deux ans précédents la grossesse, 26 % des femmes présentaient une polyconsommation. L'association la plus fréquente est celle du tabac et de l'alcool, comme au niveau national et concernait 17,2 % des femmes. De plus, 5% des femmes présentaient une polyconsommation de tabac, d'alcool et de cannabis. On remarque que le cannabis est une substance pratiquement exclusivement consommée dans un schéma de polyaddiction puisqu'une seule femme a déclaré fumer du cannabis de façon isolée.

Concernant la période de la grossesse, on note une diminution significative de la totalité des consommations isolées puisque l'on passe de 31,7 % à 14 % de femmes concernées (Test Chi2 : p-value = 0,0028). La proportion de polyconsommatrices a légèrement diminué, passant de 6,7 à 4,7 %, cette baisse n'est toutefois pas significative. L'association la plus fréquente concerne le tabac et le cannabis.

Ainsi, il apparaît que si la proportion de consommations isolées a diminué de moitié, la part des femmes présentant une polyaddiction au-delà du premier trimestre de la grossesse n'a que légèrement diminué.

3.4.2.6. Consommation des conjoints au cours de la grossesse et influence sur la consommation des femmes

Il nous a paru intéressant de nous pencher sur le profil de consommation des conjoints. En effet, ils seront dans la grande majorité des cas la personne la plus présente auprès de la femme durant sa grossesse. Il sera également très présent auprès du nouveau-né et aura un impact sur l'environnement dans lequel vivra le bébé. Nous nous sommes aussi demandé si la consommation quotidienne de tabac, alcool ou cannabis pouvait influencer la femme dans ces propres consommations. Est-ce que les consommations de son conjoint l'incitent à fumer plus alors qu'elle tente d'arrêter ou de diminuer sa consommation ?

Il apparaît que 33 % des conjoints ont fumé pendant la grossesse et 75 % étaient des fumeurs quotidiens. Ces chiffres sont légèrement supérieurs aux données nationales qui nous indiquent qu'en 2017, 31,8 % des 18-75 ans étaient fumeurs, et parmi les hommes, 29,8 % fumaient quotidiennement. (67)

Concernant la consommation d'alcool, 64,7 % des conjoints ont consommé de l'alcool au cours de la grossesse et 4,6 % de ces consommateurs en buvaient quotidiennement. Nos chiffres concordent avec les données nationales puisqu'en 2014, selon le baromètre Santé, 4 % de consommateurs quotidiens chez les 25-34 ans et 7 % chez les 35-44 ans. (68)

Le cannabis a quant à lui été consommé par 8,7 % des conjoints au cours de la grossesse. La consommation quotidienne concernait la moitié d'entre eux. Ces chiffres sont inférieurs à ceux des données nationales puisque dans le Baromètre Santé de 2016, l'usage actuel (usage dans l'année) concernait 25 % des hommes entre 26 et 34 ans et 13 % des hommes entre 35 et 44 ans. (35)

Au final, très peu de femmes ont déclaré que les consommations de leurs conjoints avaient une influence sur leurs propres consommations. Le plus fort pourcentage concerne les consommatrices de tabac (4,7 %) et on peut penser que cela concerne les femmes qui présentaient encore une consommation de tabac au cours de la grossesse et donc les femmes dépendantes. Les chiffres concernant le cannabis et l'alcool sont quasiment nuls. Néanmoins, une étude réalisée en 2012 a montré que les femmes étaient plus susceptibles de fumer pendant le premier trimestre si leur partenaire était un fumeur. (69)

De plus, on peut considérer que les conjoints consommateurs au cours de la grossesse vont continuer le même schéma de consommation après la naissance du bébé.

S'il est essentiel de continuer à inviter et aider les femmes pour arrêter leur consommation de tabac, alcool, ou cannabis avant ou au cours de la grossesse, période privilégiée pour inviter les conjoints à arrêter leurs consommations, pour eux mais surtout pour protéger l'environnement du nouveau-né et éviter, notamment, le tabagisme passif. En effet, il est établi que le tabagisme passif est un facteur de risque de la mort inattendue du nourrisson. (70) Peu d'études ont été réalisées concernant le lien potentiel entre la mort inattendue du nourrisson et l'exposition passive de l'enfant au cannabis par son entourage et aucun lien n'a pour le moment été mis en évidence. (71)

3.4.3. Facteurs de vulnérabilité psychosociale chez les patientes présentant des conduites addictives.

3.4.3.1. Facteurs de vulnérabilité sociale

Nous avons pu évaluer différentes caractéristiques de la population de notre étude afin d'évaluer la précarité sociale. Ainsi nous retrouvons que le pourcentage de femmes déclarant vivre chez des amis ou de la famille a doublé en 10 ans (2,0 % en 2008 versus 4,33 % en 2018). Le pourcentage de femmes vivant en foyer ou dans un logement mobile est quant à lui similaire. De plus, la proportion de parent isolé n'a pas évolué, on retrouve environ 7 % de femmes vivant seules dans les deux études.

Par ailleurs, nous retrouvons en 2018 environ 64 % de femmes en activité soit 4 % de moins qu'en 2008. Cette évolution se traduit surtout par une augmentation de la proportion de femmes au chômage : elles sont 23,63 % en 2018, environ 3 % qu'il y a 10 ans. Par ailleurs, le taux de femmes au foyer ou sans emploi est stable. Nos données concernant le taux de chômage sont supérieures à celles de l'Enquête Nationale périnatale de 2016 qui comptait presque 17 % de femmes au chômage en fin de grossesse. (7)

Concernant les allocations, 16,3 % ont déclaré en bénéficier. Après analyse des résultats, nous nous sommes aperçus que 12,3 % des femmes avaient déclaré percevoir l'allocation adultes handicapés (AAH) ce qui paraît surprenant et peu probable. Il semble que nous pouvons attribuer ce chiffre au fait que dans le questionnaire seulement deux propositions étaient proposées (RSA et AAH) et que les patientes bénéficiaires d'une autre allocation ont malgré tout coché une case.

Enfin, 2,34 % des femmes ne bénéficiaient pas d'une couverture de sécurité sociale. Elles étaient 1,3 % lors de l'étude de 2008, soit moitié moins.

Il semble donc qu'entre 2008 et 2018, la proportion de femmes ayant accouché au CHU de Nantes et présentant des facteurs de précarité sociale a augmenté.

3.4.3.2. Facteurs de vulnérabilité psychologique

En France, environ une personne sur cinq déclare avoir souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours de sa vie. De plus, la dépression semble toucher de plus en plus de personnes ces dernières années, en particulier certaines populations telles que les femmes, les chômeurs, les étudiants, les personnes ayant de faibles revenus et les moins de 45 ans. (72)

Les données de notre étude correspondent aux données nationales puisque nous comptons 22 % de patientes ayant souffert d'au moins un épisode dépressif au cours de leur vie, mais nous observons une diminution de 5 % de cette proportion à contrario de la tendance nationale. (27,1 % en 2008). Cette diminution n'est pas significative.

Concernant les violences psychologiques ou physiques, 17 % des femmes ont déclaré en avoir été victimes à un moment de leur vie, elles étaient 13 % en 2008. Cela ne veut pas forcément dire que plus de femmes subissent des violences par rapport à il y a dix ans mais plutôt qu'elles parlent peut-être plus de leurs vécus suite aux événements de l'année précédente concernant le mouvement de libération de la parole et de dénonciation globale des violences faites aux femmes. Selon une étude de l'INSEE, au cours des années 2010-2011, 5,5 % des femmes de 18 à 75 ans ont subi des violences physiques ou sexuelles. Si l'on ajoute les violences verbales et psychologiques, elles sont 12,1 % à avoir été concernées. (73)

Nous retrouvons dans notre étude des corrélations entre les antécédents de violences ou de dépression et la consommation de substances psychoactives (à l'exception de l'alcool). Ce lien a été mis en évidence par certaines études concernant le tabac. Une étude réalisée auprès d'étudiants a montré que le stress ainsi que la fréquence des actes de violences étaient des facteurs prédictifs d'un passage à une consommation régulière de tabac. (74) La motivation à

la consommation de substances psychoactives serait de sortir d'un état d'anxiété, de mal-être, et la recherche de sensations plus fortes. (75)

Comparativement à il y a dix ans, une proportion plus importante de femmes ont été prises en charge concernant leur dépression (71,2 % en 2018 contre 64,2 % en 2008) mais aussi concernant les violences qu'elles ont pu subir (56,9 % en 2018 contre 47,4 % en 2008).

3.4.4. Suivi de la grossesse

3.4.4.1. Repérage et informations sur les consommations à risque

L'information des patients dans le domaine de la santé est primordiale. Ainsi il paraît évident d'exposer aux femmes les risques et les conséquences des consommations de substances psychoactives au cours de la grossesse. Selon le Baromètre Santé 2017, 63,4 % des femmes ont été informées des risques d'une consommation de tabac au cours de la grossesse et 58,9 % concernant l'alcool. (8)

Le facteur principal d'une prise en charge optimale consiste à repérer le plus rapidement possible les femmes qui présentent des risques de consommer des substances psychoactives au cours de la grossesse. Cela passe par un questionnement systématique des patientes. Le tabou de la consommation de toxiques chez la femme enceinte persiste encore surtout concernant l'alcool. Selon une enquête réalisée en 2015 auprès des professionnels de santé de Lorraine, environ 32 % d'entre eux ne se sentaient pas à l'aise lorsqu'il s'agissait de questionner les femmes sur leur consommation d'alcool au cours de la grossesse. (76)

Aujourd'hui, le questionnement sur la consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis semble être rentré dans la routine. Dans notre étude, très peu de femmes consommatrices de ces substances au cours de la grossesse n'ont pas été questionnées. En effet, nous avons constaté qu'environ 6 % des femmes qui ont fumé du tabac au cours de leur grossesse ont déclaré ne pas avoir été questionnées sur leurs consommations. Concernant l'alcool elles sont environ 1,5 % et aucune pour le cannabis. Le repérage est significativement plus important qu'il y a 10 ans puisqu'elles étaient 40 % des consommatrices d'alcool ou de cannabis à ne pas avoir été questionnées en 2008, et 16 % des fumeuses de tabac.

Le pourcentage de femmes ayant bénéficié de la consultation préconceptionnelle se chiffre à 13,7 %. Il semble que l'information concernant l'existence de cette consultation n'est que très peu relayée. Or les femmes interrogées dans notre étude ont significativement été plus questionnées sur leur consommation de cocaïne, opiacés ou calmants par rapport à celles qui n'ont pas bénéficié de la consultation préconceptionnelle. Cette consultation supplémentaire paraît complémentaire à l'entretien du 4ème mois, 48 % des femmes ont bénéficié de cet entretien, c'est 12 % de plus qu'il y a 10 ans. De plus, selon nos résultats, les patientes ayant réalisé un entretien du 4ème mois sont significativement plus nombreuses à avoir reçu des informations concernant les consommations à risque au cours de la grossesse. Elles ont également été significativement plus questionnées sur leur consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et de cocaïne par rapport aux patientes qui n'ont pas bénéficié de l'entretien du 4ème mois.

3.4.4.2. Proposition de suivi

Notre but était d'évaluer le pourcentage de femmes consommatrices de tabac, alcool, cannabis au cours de la grossesse (au-delà du premier trimestre) qui ne s'étaient pas vu proposer un suivi auprès d'un professionnel spécialisé. Nous retrouvons que 22 % des fumeuses de tabac n'ont pas eu de proposition de suivi, 75 % des consommatrices d'alcool et aucune des fumeuses de cannabis. Nous notons un progrès significatif dans la proposition du suivi par les professionnels concernant le tabac et le cannabis (en 2008, 57,7% sans suivi proposé pour le tabac, 85,3 % pour l'alcool, et 40 % pour le cannabis) mais peu de différence pour ce qui est de l'alcool. Cela peut s'expliquer par le fait que la question de l'évolution de la consommation au cours de la grossesse semble être peu demandée par les professionnels. Les consommations d'alcool ne leurs paraissent peut-être pas suffisamment fréquentes ou importantes pour nécessiter une prise en charge spécifique.

Il se trouve que 22 % des femmes qui ont fumé du tabac pendant la grossesse ont déclaré ne pas avoir eu de proposition de suivi. Il est possible qu'effectivement elles n'aient pas reçu cette proposition mais nous pouvons penser que certaines femmes n'ont pas « voulu » entendre cette proposition d'aide. En effet, un phénomène de déni ou de culpabilité lié à la consommation est possible. Certaines femmes vont alors « justifier » la poursuite de la consommation du fait qu'elles ne connaissaient pas les conséquences puisque les professionnels de santé ne les ont pas informées ou n'ont pas proposé de suivi.

Il est important de rappeler que d'un point de vue sociétal, la consommation de substances psychoactives par les femmes est perçue d'une manière très différente de celle des hommes, d'autant plus lorsqu'elles sont enceintes. (77) Une femme qui fume ou qui boit de l'alcool au cours de sa grossesse aura la crainte d'être perçue comme une « mauvaise mère » par la société, tout comme par les professionnels de santé. La relation de confiance qui doit s'établir avec ces femmes est d'autant plus importante.

3.4.4.3. Après la grossesse

Si la période de la grossesse paraît une période propice au repérage et à l'accompagnement des femmes qui présentent une consommation de substances psychoactives, elle est aussi une période propice à l'arrêt de ces consommations. Dans une enquête transversale réalisée en 2003, 37 % des femmes fumaient avant la grossesse.

Il a été montré que 63 % des femmes fumeuses avaient arrêté leur tabagisme du fait de la grossesse, dont 85 % au tout début, 10 % au deuxième trimestre et 5 % au troisième. Or, deux ans après l'accouchement, le taux de tabagisme des mères était revenu à 20,5 %. Le taux d'arrêt du tabac était plus élevé chez les femmes ayant un score bas au test de dépendance de Fagerström. (78) Une autre étude de la « National Survey on Drug Use and Health » montrait que 31.7% des femmes qui avaient arrêté de fumer pendant la grossesse reprenaient leur consommation en post-partum, que 79.8% des femmes qui avaient arrêté de boire de façon chronique reprenaient leur consommation d'alcool et 63.7% des femmes qui avaient arrêté l'utilisation de drogues illicites recommençaient dans la période du post-partum. (79)

Dans notre étude, 25,7 % des femmes qui ont arrêté la consommation de tabac, alcool, cannabis ou autres pendant la grossesse comptent poursuivre l'arrêt dans le post-partum. Il est probable que les trois quarts des femmes vont reprendre leurs schémas de consommation après la grossesse.

Ainsi la grossesse paraît être une parenthèse dans la consommation des femmes. La motivation à l'arrêt du produit est associée au but de protéger le fœtus, mais aussi parfois afin de véhiculer une image positive auprès de la société. La préoccupation première n'est pas de protéger sa propre santé. Il paraît logique que les femmes présentant une dépendance à une substance aient plus de risque de rechute dans le post-partum. (80) Ainsi la visite post-natale pourrait être un bon moment pour refaire un point sur les motivations à l'arrêt d'une substance des patientes et si nécessaire proposer et mettre en place un accompagnement.

3.4.5. Biais de l'étude

3.4.5.1. Biais liés aux études par questionnaire

Les enquêtes concernant les conduites addictives impliquent des biais concernant la fiabilité des déclarations des sujets. Dans notre étude nous nous penchons non seulement sur les consommations de toxiques illicites en dehors de la grossesse mais également au cours de la grossesse. Ce facteur peut rajouter un biais étant donné la pression sociétale à être la mère « parfaite » et la culpabilité que peuvent engendrer ces consommations. Une étude réalisée en 2009 a estimé la sous déclaration du tabagisme par questionnaire chez les femmes enceintes à 20 %. (81)

3.4.5.2. Biais de mémoire

Notre questionnaire a été distribué aux femmes à J1 de leur accouchement. Les questions posées portent sur des consommations sur les deux années précédentes mais aussi sur des événements qui se sont déroulés au tout début de la grossesse. On peut donc supposer qu'un biais de mémoire a pu influencer leurs réponses.

3.4.5.3. Biais de population

Notre étude étant réalisée au CHU de Nantes, elle présente un biais de population. En effet, les hôpitaux comparativement aux cliniques prennent en charge des populations globalement plus précaires. (82) Sachant que la précarité est reconnue comme un facteur de risque de consommation de substances psychoactives, la population que nous avons étudiée est susceptible de présenter des proportions de consommatrices plus importantes que dans la population générale.

3.4.5.4. Biais liés à la taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon a été évaluée à partir de la prévalence de la consommation de tabac pendant la grossesse. Or pour les prévalences plus faibles, notamment les consommations d'autres produits illicites que le cannabis avant et pendant la grossesse, notre échantillon est insuffisant et la validité des résultats est donc limitée pour ces consommations.

3.4.5.5. Refus et questionnaires non exploités

Seulement 3 patientes ont refusé de participer à l'étude. Les raisons invoquées étaient le manque de temps, la fatigue, ou la problématique d'un enfant hospitalisé en soins intensifs. Au total, 22 questionnaires sont revenus vides ou seulement partiellement remplis (patientes ayant bénéficié de sorties précoces ou questionnaire oublié) et n'ont donc pas pu être exploités.

4. PERSPECTIVES D'AVENIR

Depuis octobre 2018, le Canada a été le deuxième pays au monde à légaliser la production, la distribution et la consommation du cannabis à usage récréatif après l'Uruguay. Cette décision a été prise dans une certaine logique de continuité puisque le cannabis à usage médical y est autorisé depuis 2001. (83) Les niveaux de consommation de cannabis au Canada sont parmi les plus élevés du monde et sont en constante progression, en particulier chez les jeunes. Compte tenu des risques de la consommation de cannabis pour la santé, un des objectifs de la nouvelle législation est d'en encadrer rigoureusement la production, la distribution, la vente et la possession afin de restreindre l'accès des jeunes à cette substance. Nous disposons de peu de recul sur l'impact sanitaire d'une telle décision. Est-elle envisageable en France dans les années à venir ? Courant 2018, un comité d'expert a été créé afin d'évaluer la pertinence et la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France, la question de la légalisation du cannabis à usage récréatif n'est, elle, pas à l'ordre du jour.

Mais si la consommation de cannabis est toujours illicite en France, il reste, aux vues de nos résultats et des données nationales, un nombre non négligeable de consommatrices au cours de la grossesse. De plus, il apparaît qu'elles n'ont pas ou peu connaissance des risques d'une telle consommation. Tout comme cela a été réalisé pour le tabac et l'alcool, il paraît important de développer dans les années à venir des campagnes de prévention visant à informer les femmes des conséquences d'une consommation de cannabis au cours de la grossesse.

Certaines mesures d'améliorations ont été prises, notamment dans le cadre du plan « priorité prévention » du gouvernement publié en mars 2018, il est prévu d'améliorer la visibilité du message « zéro alcool pendant la grossesse » présent sur les contenants d'alcool en augmentant significativement la taille du pictogramme « interdit aux femmes enceintes » après 2019. (84) En effet, les campagnes de prévention sont un moyen central de politique de réduction des risques. La teneur des messages a évolué au cours des années afin de toucher le plus grand nombre tout en tentant de provoquer une prise de conscience et des changements chez le

consommateur. Le recours à des messages qui utilisent la peur n'a pas montré son efficacité concernant la motivation à l'arrêt ou au passage à des actes concrets. L'avenir de campagnes de prévention semble reposer sur des messages motivationnels, en lançant des défis (comme le « Moi(s) sans tabac » tous les mois de Novembre depuis 2016), ou encore en valorisant les éléments positifs liés à l'arrêt. (85)

L'élaboration de brochures d'information concernant la consultation préconceptionnelle, à destination des femmes en âge de procréer ou même des professionnels de santé pourrait être une proposition parmi d'autres afin de faire connaître cet entretien et ainsi toucher plus de femmes. Cela permettrait notamment de diminuer la proportion de femmes qui consomment encore de l'alcool au cours du premier trimestre ne se sachant pas enceintes, et ainsi diminuer certaines morbidités.

5. CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en lumière une évolution des consommations des femmes ayant accouché au CHU de Nantes mais également une évolution de la prise en charge par les professionnels de santé par rapport à il y a 10 ans. Nous notons une évolution globalement positive et un meilleur accompagnement des patientes présentant des consommations de substances psychoactives au cours de la grossesse.

Néanmoins certaines actions méritent d'être poursuivies notamment par rapport à la formation des professionnels à l'accompagnement des femmes. Un travail de prévention et d'information est également à développer autour des femmes consommatrices de cannabis afin de leurs faire prendre connaissance des risques qu'implique cette consommation au cours de la grossesse. La consultation préconceptionnelle étant un outil de prévention privilégié qui permet de cibler les futures femme enceinte, il paraît essentiel de faire connaître son existence aux femmes dans les années à venir. De même, si de plus en plus de femmes bénéficient d'un entretien du 4eme mois, nous devons faire en sorte dans les années à venir d'augmenter l'accès à cette consultation afin de mieux repérer les femmes présentant des consommations à risque et ainsi optimiser leur prise en charge.

L'augmentation de l'âge des mères au premier enfant va sans doute continuer à augmenter au cours des prochaines années, augmentant potentiellement dans le même temps la proportion de grossesses à risque. Accompagner les femmes vers l'arrêt des consommations de substances psychoactives est un enjeu de santé publique Cela permettra de limiter les complications obstétricales et fœtales afin de profiter de la période de la grossesse de façon plus sereine.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Addictions. *Inserm - La science pour la santé* [en ligne]. [Consulté le 13 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
2. Tabac et cigarette électronique - Synthèse des connaissances. . pp. 16.
3. HYLAND, Andrew, PIAZZA, Kenneth, HOVEY, Kathleen M, TINDLE, Hilary A, MANSON, JoAnn E, MESSINA, Catherine, RIVARD, Cheryl, SMITH, Danielle et WACTAWSKI-WENDE, Jean. Associations between lifetime tobacco exposure with infertility and age at natural menopause: the Women's Health Initiative Observational Study. *Tobacco Control*. novembre 2016. Vol. 25, n° 6, pp. 706-714. DOI 10.1136/tobaccocontrol-2015-052510.
4. NÉZET, Olivier Le. LES COMPORTEMENTS TABAGIQUES À LA FIN DE L'ADOLESCENCE. ENQUÊTE ESCAPAD 2017 / THE 2017 FRENCH ESCAPAD SURVEY: A SNAPSHOT OF TOBACCO USE AT THE END OF ADOLESCENCE. . pp. 9.
5. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence - Tendances 122 - janvier 2018 - OFDT. [en ligne]. [Consulté le 6 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettres-tendances/representations-motivations-et-trajectoires-dusage-de-drogues-ladolescence-tendances-122-janvier-2018/>
6. BLONDEL, kermarrec. les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. . 2010. pp. 132.
7. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 - Ministère des Solidarités et de la Santé. [en ligne]. [Consulté le 17 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
8. Baromètre santé 2017. Alcool et tabac. [en ligne]. [Consulté le 19 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1859>
9. MATHEWS, T J. Smoking during pregnancy in the 1990s. . pp. 16.
10. European Perinatal Health Report 2010 - Euro-Peristat. [en ligne]. [Consulté le 14 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>
11. DIGUET, A., SENTILHES, L., MARRET, S., VERSPYCK, E. et MARPEAU, L. Quelle est la prise en charge optimale à la naissance de l'enfant exposé au tabac in utero et quels en sont les biomarqueurs post-natals ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. avril 2005. Vol. 34, pp. 458-469. DOI 10.1016/S0368-2315(05)83013-3.
12. MARPEAU, L. Tabagisme et complications gravidiques. . 2005. Vol. 34, pp. 5.
13. LAMY, S., LAQUEILLE, X. et THIBAUT, F. Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant : revue de littérature. *L'Encéphale*. juin 2015. Vol. 41, pp. S13-S20. DOI 10.1016/j.encep.2014.08.012.

14. COLLET, M et BEILLARD, C. Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utero. . 2018. Vol. 34, pp. 11.
15. LITTLE, J., CARDY, A., ARSLAN, M. T., GILMOUR, M., MOSSEY, P. A., THE ITS MAGIC COLLABORATION INCLUDES, CLAYTON-SMITH, Jill, CONNOR, Mike, CRAMPIN, Lisa, FITZPATRICK, David, FRYER, Alan, GILMOUR, Mhairi, HILL, Alison, LITTLE, Julian, MOSSEY, Peter, NEVIN, Norman, RUSSELL, Joyce et WHITEFORD, Margo. Smoking and Orofacial Clefts: A United Kingdom–Based Case-Control Study. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. juillet 2004. Vol. 41, n° 4, pp. 381-386. DOI 10.1597/02-142.1.
16. MALIK, S., CLEVES, M. A., HONEIN, M. A., ROMITTI, P. A., BOTTO, L. D., YANG, S., HOBBS, C. A. et AND THE NATIONAL BIRTH DEFECTS PREVENTION STUDY. Maternal Smoking and Congenital Heart Defects. *PEDIATRICS*. 1 avril 2008. Vol. 121, n° 4, pp. e810-e816. DOI 10.1542/peds.2007-1519.
17. VAGNARELLI, Federica, AMARRI, Sergio, SCARAVELLI, Giulia, PELLEGRINI, Manuela, GARCIA-ALGAR, Oscar et PICHINI, Simona. TDM Grand Rounds: Neonatal Nicotine Withdrawal Syndrome in an Infant Prenatally and Postnatally Exposed to Heavy Cigarette Smoke: *Therapeutic Drug Monitoring*. octobre 2006. Vol. 28, n° 5, pp. 585-588. DOI 10.1097/01.ftd.0000245391.56176.ad.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION, MANAGEMENT OF SUBSTANCE ABUSE TEAM et WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on alcohol and health 2018*. [en ligne]. 2018. [Consulté le 17 novembre 2018]. ISBN 978-92-4-156563-9. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
19. Baromètre Santé - alcool. . pp. 5.
20. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 - Tendances 123 - février 2018 - OFDT. [en ligne]. [Consulté le 17 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2017-tendances-123-fevrier-2018/>
21. « Alcool et grossesse, parlons-en » : guide à l'usage des professionnels. *Fédération Addiction* [en ligne]. 30 juin 2011. [Consulté le 26 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.federationaddiction.fr/alcool-et-grossesse-parlons-en-guide-a-lusage-des-professionnels/>
22. SOKOL, Robert J., MILLER, Sheldon I. et REED, George. Alcohol Abuse During Pregnancy: An Epidemiologic Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. avril 1980. Vol. 4, n° 2, pp. 135-145. DOI 10.1111/j.1530-0277.1980.tb05628.x.
23. CHASNOFF, Ira J., LANDRESS, Harvey J. et BARRETT, Mark E. The Prevalence of Illicit-Drug or Alcohol Use during Pregnancy and Discrepancies in Mandatory Reporting in Pinellas County, Florida. *New England Journal of Medicine*. 26 avril 1990. Vol. 322, n° 17, pp. 1202-1206. DOI 10.1056/NEJM199004263221706.
24. THE JAPAN ENVIRONMENT & CHILDREN'S STUDY GROUP, IWAMA, Noriyuki, METOKI, Hirohito, NISHIGORI, Hidekazu, MIZUNO, Satoshi, TAKAHASHI, Fumiaki, TANAKA, Kosuke, WATANABE, Zen, SAITO, Masatoshi, SAKURAI, Kasumi, ISHIKURO, Mami, OBARA, Taku, TATSUTA, Nozomi, NISHIJIMA, Ichiko, SUGIYAMA, Takashi, FUJIWARA, Ikuma, KURIYAMA, Shinichi, ARIMA, Takahiro, NAKAI, Kunihiro et YAEHASHI, Nobuo. Association between alcohol consumption during pregnancy and

- hypertensive disorders of pregnancy in Japan: the Japan Environment and Children's Study. *Hypertension Research* [en ligne]. 7 novembre 2018. [Consulté le 17 novembre 2018]. DOI 10.1038/s41440-018-0124-3. Disponible à l'adresse : <http://www.nature.com/articles/s41440-018-0124-3>
25. PLAT, P. et VÉDRINE, M. F. [Female alcoholism, pregnancy and the offspring]. *Journal De Gynecologie, Obstetrique Et Biologie De La Reproduction*. 1982. Vol. 11, n° 8, pp. 969-979.
26. PATRA, J, BAKKER, R, IRVING, H, JADDOE, Vwv, MALINI, S et REHM, J. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses: Alcohol and the risk of low birthweight, preterm birth, and SGA. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. novembre 2011. Vol. 118, n° 12, pp. 1411-1421. DOI 10.1111/j.1471-0528.2011.03050.x.
27. RESERVES, INSERM US14-- TOUS DROITS. Orphanet: Syndrome d'alcoolisation foetale. [en ligne]. [Consulté le 21 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=1915&lng=FR Le portail des maladies rares et des médicaments orphelins
28. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation foetale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013 / 2018 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil. [en ligne]. [Consulté le 26 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-France-entre-2006-et-2013>
29. NORDMANN, R. Au nom de la Commission V (Troubles mentaux–Toxicomanies) Consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis au cours de la grossesse. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. septembre 2004. Vol. 17, n° 6, pp. 349-350. DOI 10.1016/j.jpp.2004.03.004.
30. POPOVA, Svetlana, LANGE, Shannon, PROBST, Charlotte, GMEL, Gerrit et REHM, Jürgen. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. mars 2017. Vol. 5, n° 3, pp. e290-e299. DOI 10.1016/S2214-109X(17)30021-9.
31. Le dico des drogues - Cannabis. *Drogues Info Service* [en ligne]. [Consulté le 13 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Cannabis>
32. Cannabis - Synthèse des connaissances. . pp. 13.
33. FICHE-TECH-cannabis-et-grossesse.pdf. [en ligne]. [Consulté le 18 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <http://nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/addictions/FICHE-TECH-cannabis-et-grossesse.pdf>
34. Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège » - Tendances 106 - décembre 2015. . 2014. pp. 2.
35. Cannabis : usages actuels en population adulte - Tendances n° 119 - juin 2017. . 2017. pp. 2.
36. PETRANGELO, Adriano, CZUZOJ-SHULMAN, Nicholas et ABENHAIM, Haim

- Arie. 774: Obstetrical and neonatal outcomes in pregnancies affected by cannabis abuse or dependence. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1 janvier 2018. Vol. 218, n° 1, pp. S462. DOI 10.1016/j.ajog.2017.11.306.
37. FONSECA, B. M., CORREIA-DA-SILVA, G., ALMADA, M., COSTA, M. A. et TEIXEIRA, N. A. The Endocannabinoid System in the Postimplantation Period: A Role during Decidualization and Placentation. *International Journal of Endocrinology*. 2013. Vol. 2013, pp. 1-11. DOI 10.1155/2013/510540.
38. EL MARROUN, Hanan, TIEMEIER, Henning, STEEGERS, Eric A.P., JADDOE, Vincent W.V., HOFMAN, Albert, VERHULST, Frank C., VAN DEN BRINK, Wim et HUIZINK, Anja C. Intrauterine Cannabis Exposure Affects Fetal Growth Trajectories: The Generation R Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. décembre 2009. Vol. 48, n° 12, pp. 1173-1181. DOI 10.1097/CHI.0b013e3181bfa8ee.
39. WARNER, Tamara D., ROUSSOS-ROSS, Dikea et BEHNKE, Marylou. It's Not Your Mother's Marijuana. *Clinics in Perinatology*. décembre 2014. Vol. 41, n° 4, pp. 877-894. DOI 10.1016/j.clp.2014.08.009.
40. SCRAGG, RKR, MITCHELL, EA, FORD, RPK, THOMPSON, JMD, TAYLOR, BJ et STEWART, AW. Maternal cannabis use in the sudden death syndrome. . 2001. pp. 4. Scragg RKR, Mitchell EA, Ford RPK, Thompson JMD, Taylor BJ, Stewart AW. Maternal cannabis use in the sudden death syndrome. *Acta Pædiatr* 2001; 90: 57–60. Stockholm. ISSN 0803–5253
41. Héroïne et autres opiacés - Synthèse des connaissances. . pp. 10.
42. Carte d identité de la cocaïne - PDF. [en ligne]. [Consulté le 19 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://docplayer.fr/22469903-Carte-d-identite-de-la-cocaine.html>
43. Cocaïne et crack - Synthèse des connaissances. . pp. 8.
44. Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017) - Tendances 121 - décembre 2017. . pp. 2.
45. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - Tendances 99 - mars 2015. . 2014. pp. 2.
46. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015 - Tendances 120 - octobre 2017. . 2015. pp. 2.
47. FRANCHITTO, M C, PEYREFORT, E et TELLIER, G. 1 Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. . pp. 12.
48. VIGNAU J. et REYNAUD M. *Toxicomanies aux drogues illicites (sauf cannabis)*. Paris : Flammarion médecine sciences, 2006. Traités. ISBN 978-2-257-12004-5.
49. *FICHE-TECH-opiacs-et-grossesse.pdf*.
50. *CRAT COCAINE.pdf*.
51. 1310-3g.pdf. [en ligne]. [Consulté le 30 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3g.pdf>
52. MICARD, S et BRION, F. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane aux opiacés : enquête française et européenne. *Archives de Pédiatrie*. mars 2003. Vol. 10, n° 3, pp. 199-203. DOI 10.1016/S0929-693X(03)00321-X.
53. FINNEGAN, L. P. Effects of maternal opiate abuse on the newborn. *Federation Proceedings*. avril 1985. Vol. 44, n° 7, pp. 2314-2317.
54. LEJEUNE, Diapos C. - Objectifs des recommandations. . 2011. pp. 6.
55. VINNER, Elisabeth, VIGNAU, Jean, THIBAUT, Denise, CODACCIONI, Xavier, BRASSART, Claudie, HUMBERT, Luc et LHERMITTE, Michel. Hair analysis of opiates in

- mothers and newborns for evaluating opiate exposure during pregnancy. *Forensic Science International*. avril 2003. Vol. 133, n° 1-2, pp. 57-62. DOI 10.1016/S0379-0738(03)00050-1.
56. Ecstasy et amphétamine - Synthèse des connaissances. . pp. 8.
 57. GANDILHON, Michel, CADET-TAÏROU, Agnès et LAHAIE, Emmanuel. MDMA (ecstasy) et amphétamine. . pp. 7.
 58. CRAT; Ecstasy. [en ligne]. [Consulté le 19 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=483
 59. MCELHATTON, Pr, BATEMAN, Dn, EVANS, C, PUGHE, Kr et THOMAS, Sh. Congenital anomalies after prenatal ecstasy exposure. *The Lancet*. octobre 1999. Vol. 354, n° 9188, pp. 1441-1442. DOI 10.1016/S0140-6736(99)02423-X.
 60. SINGER, L. T., MOORE, D. G., MIN, M. O., GOODWIN, J., TURNER, J. J. D., FULTON, S. et PARROTT, A. C. One-Year Outcomes of Prenatal Exposure to MDMA and Other Recreational Drugs. *PEDIATRICS*. 1 septembre 2012. Vol. 130, n° 3, pp. 407-413. DOI 10.1542/peds.2012-0666.
 61. DOLOVICH, L. R., ADDIS, A., VAILLANCOURT, J M R., POWER, J D B., KOREN, G. et EINARSON, T. R. Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft: meta-analysis of cohort and case-control studies. *BMJ*. 26 septembre 1998. Vol. 317, n° 7162, pp. 839-843. DOI 10.1136/bmj.317.7162.839.
 62. ELEFANT, E, BAVOUX, F, VAUZELLE-GARDIER, C, COURNOT, M P et ASSARI-MERABTENE, F. Psychotropes et grossesse. . 2018. Vol. 29, pp. 9.
 63. Bilan démographique 2017 - Insee Première - 1683. [en ligne]. [Consulté le 20 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173>
 64. 2013_rapport_sante_perinatale.pdf. [en ligne]. [Consulté le 27 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/Perinatalite/2013_rapport_sante_perinatale.pdf
 65. Les usages de drogues féminins - Synthèse des connaissances. . pp. 8.
 66. BAJOS, Nathalie, MOREAU, Caroline, LERIDON, Henri et FERRAND, Michèle. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? . pp. 4.
 67. PASQUEREAU, Anne. LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE : PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 / TOBACCO CONSUMPTION IN FRANCE: PRELIMINARY RESULTS FROM THE 2017 HEALTH BAROMETER. . pp. 9.
 68. RICHARD, Jean-Baptiste, PALLE, Christophe, GUIGNARD, Romain, NGUYEN, Viet, BECK, François et ARWIDSON, Pierre. La consommation d'alcool en France en 2014. . pp. 6.
 69. HOMISH, Gregory G., EIDEN, Rina D., LEONARD, Kenneth E. et KOZLOWSKI, Lynn T. Social-environmental factors related to prenatal smoking. *Addictive Behaviors*. janvier 2012. Vol. 37, n° 1, pp. 73-77. DOI 10.1016/j.addbeh.2011.09.001.
 70. CHÉRON, G et TIMSIT, S. Tabac et mort subite du nourrisson. . 2018. Vol. 32, pp. 8.
 71. LEJEUNE Claude. Association GEGA : Cannabis et périnatalité.pdf. . 2016.
 72. LÉON, Christophe. LA DÉPRESSION EN FRANCE CHEZ LES 18-75 ANS : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 / DEPRESSION IN FRANCE AMONG THE 18-75 YEAR-OLDS: RESULTS FROM THE 2017 HEALTH BAROMETER. . pp. 8.

73. MORIN, Thomas. Femmes et hommes face à la violence. . pp. 4.
74. SKARA, Silvana, SUSSMAN, Steve et DENT, Clyde W. Predicting Regular Cigarette Use Among Continuation High School Students. *American Journal of Health Behavior*. 1 mars 2001. Vol. 25, n° 2, pp. 147-156. DOI 10.5993/AJHB.25.2.7.
75. CARTON, Solange. La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ? *Psychotropes*. 2005. Vol. 11, n° 3, pp. 121. DOI 10.3917/psyt.113.0121.
76. LEROY-CREUTZ, Margaux, FRESSON, Jeanne, BEDEL, Sophie et MITON, Alain. Alcool et grossesse en Lorraine : étude des pratiques professionnelles et aide au repérage. *Santé Publique*. 2015. Vol. 27, n° 6, pp. 797. DOI 10.3917/spub.156.0797.
77. LAMBRETTE, Grégory. La question du genre et des addictions. *VST - Vie sociale et traitements*. 2014. Vol. 122, n° 2, pp. 79. DOI 10.3917/vst.122.0079.
78. Haute Autorité de Santé - Grossesse et tabac. [en ligne]. [Consulté le 1 décembre 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272381/fr/grossesse-et-tabac
79. DUCRET, L. Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme et les co-addictions pendant la grossesse ? . 2005. Vol. 34, pp. 12.
80. CURRY, Susan J, MCBRIDE, Colleen, GROTHAUS, Louis, LANDO, Harry et PIRIE, Phyllis. Motivation for Smoking Cessation Among Pregnant Women. . pp. 7.
81. SHIPTON, D., TAPPIN, D. M, VADIVELLOO, T., CROSSLEY, J. A, AITKEN, D. A et CHALMERS, J. Reliability of self reported smoking status by pregnant women for estimating smoking prevalence: a retrospective, cross sectional study. *BMJ*. 29 octobre 2009. Vol. 339, n° oct29 1, pp. b4347-b4347. DOI 10.1136/bmj.b4347.
82. GEERAERT, Jérémy et RIVOLLIER, Elisabeth. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Soins*. novembre 2014. Vol. 59, n° 790, pp. 14-18. DOI 10.1016/j.soin.2014.09.017.
83. OBRADOVIC, Ivana. LA LÉGALISATION DU CANNABIS AU CANADA. . pp. 26.
84. DGS_ANNE.M. Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. *Ministère des Solidarités et de la Santé* [en ligne]. 3 avril 2018. [Consulté le 3 décembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie>
85. Les campagnes CFES-Inpes de 1976 à 2011 - les stratégies des campagnes. . pp. 10.

7. ANNEXES

7.1. QUESTIONNAIRE

ETUDE DE LA PREVALENCE DES CONSOMMATIONS CHEZ LA FEMME ENCEINTE AU CHU DE NANTES

Enquête anonyme

N° :

Unité :

CARACTERISTIQUES SOCIO-SANITAIRES ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Votre situation familiale :
-Parent isolé
-Mariée / Concubinage
- 3- Avez-vous déjà des enfants (en plus de votre bébé) ?
-Oui
-Non
-Si oui combien ?
- 4- Vous habitez actuellement :
-Une maison ou appartement dont vous êtes locataire ou propriétaire
-Chez des amis ou famille
-Dans un foyer/centre d'hébergement ou un hôtel social
-Dans un logement mobile (camping, caravane etc...)
-Autre ; précisez : _____
- 5- Concernant votre activité professionnelle, êtes-vous actuellement :
-En activité
-Au chômage
-En invalidité
-En arrêt longue maladie (plus de 6 mois)
-Étudiante
-Autre ; précisez : _____
- 6- Êtes-vous bénéficiaire d'une allocation ? Oui Non
- 6bis. Si oui, laquelle : -AAH
 -RSA
- 7- Bénéficiez-vous d'une couverture de sécurité sociale ?
-Oui
-Non

ANTECEDANTS MEDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

- [illegible]

une/des IVG
autre : précisez : _____

9- Avez-vous eu des périodes de dépression (tristesse intense qui dure dans le temps) dans votre vie ?

Oui Non

Si oui :

9bis. Quel âge aviez-vous (plusieurs réponses possibles) ?

Précisez si vous pouvez le contexte, les circonstances : _____

9ter. Avez-vous été prise en charge ? Oui Non

Si oui : -par votre médecin traitant

-par un psychiatre ou psychologue

-autre ; précisez : _____

10- Avez-vous déjà subi des violences psychologiques ou physiques ?

Oui Non

Si oui 10bis. Avez-vous pu déjà en parler à un professionnel ?

Oui Non

10ter. Si oui : -à votre médecin traitant

-à un psychiatre ou un psychologue

-autre ; précisez : _____

11- Avez-vous déjà été suivie par un psychologue ou par un psychiatre ?

Oui Non

12- Avez-vous déjà eu un problème de dépendance à une substance :

a. Tabac ?	Oui	Non
b. Alcool ?	Oui	Non
c. Médicaments ?	Oui	Non
d. Cannabis ?	Oui	Non
e. Un autre produit ?	Oui	Non

12bis. Si oui en avez-vous déjà parlé à votre médecin traitant ?

Oui Non

12ter. Pour ce problème avez-vous déjà rencontré ou été suivie par : (plusieurs réponses possibles)

- Un addictologue ?	Oui	Non
- Un tabacologue ?	Oui	Non
- Un alcoologue ?	Oui	Non
- Un centre de soins spécialisés pour la toxicomanie ?	Oui	Non
- Un psychiatre ou un psychologue ?	Oui	Non

CONSOMMATIONS

Veillez à répondre à toutes les questions : -les parties jaunes correspondent à « avant la grossesse »

-les parties roses correspondent à « pendant la grossesse »

Avant la grossesse (au cours de l'année précédant la grossesse) :

13- Fumiez-vous du tabac avant votre grossesse ? Oui Non

14- Si oui merci de répondre aux questions suivantes :

a. Combien de cigarettes fumiez-vous par jour, en moyenne ?

Pendant votre grossesse :

15- Si vous fumiez avant la grossesse, avez-vous diminué votre consommation de tabac au cours de la grossesse ? Oui Non

16- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne ?

- a. 0.....
- b. Entre 1 et 5..... (suite propositions page suivante)
- c. Entre 6 et 10.....
- d. Entre 11 et 20.....
- e. Entre 21 et 30.....
- f. 31 ou plus.....

17- Si vous fumiez avant la grossesse, avez-vous complètement arrêté de fumer ?

Oui Non

17bis. Si oui, précisez quand (dernière cigarette fumée) :

- au premier trimestre de la grossesse.....
- au deuxième trimestre de la grossesse....
- au troisième trimestre de la grossesse.....
- avant la grossesse.....

17ter. Si non, auriez-vous souhaité être accompagnée ou aidée par un professionnel ?

Oui Non

18- Votre conjoint a-t-il fumé du tabac durant votre grossesse ? Oui Non

18bis. Si oui, fumait-il quotidiennement ? (Tous les jours) Oui Non

18ter. Si oui, pensez-vous que cela a une influence sur votre propre consommation ?

Oui Non

Avant la grossesse (au cours de l'année précédant la grossesse) :

19- Avant votre grossesse vous arrivait-il de boire de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?

Oui Non

20- Avant votre grossesse, quelle était la fréquence de votre consommation d'alcool ?

- au moins quatre fois par semaine.....
- 2 à 3 fois par semaine.....
- 2 à 4 fois par mois.....
- une fois par mois ou moins.....
- jamais.....

21- Avant votre grossesse combien de verres contenant de l'alcool consommiez-vous un jour typique où vous buviez (nombre moyen de verres les jours où vous consommiez de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées) ?

- 10 ou plus.....
- 7 ou 8.....
- 5 ou 6.....
- 3 ou 4.....

-1 ou 2.....
-0.....

Pendant votre grossesse

22- Avez-vous diminué votre consommation d'alcool pendant votre grossesse (si vous consommiez avant)

Oui Non

23- Quelle était la fréquence de votre consommation d'alcool pendant votre grossesse ?

- Au moins quatre fois par semaine.....
- 2 à 3 fois par semaine.....
- 2 à 4 fois par mois.....
- Une fois par mois ou moins.....
- Lors de rares occasions.....
- Jamais.....

24- Combien de verres contenant de l'alcool consommiez-vous un jour typique où vous buviez ? (nombre moyen de verres les jours où vous consommiez de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées)

- 10 ou plus.....
- 7 ou 8.....
- 5 ou 6.....
- 3 ou 4.....
- 1 ou 2.....
- 0.....

25- Avez-vous complètement arrêté de boire toutes boissons alcoolisées (si vous en consommiez avant) ?

Oui Non

25bis. Si oui, précisez quand (dernier verre consommé) :

- au 1er trimestre de la grossesse.....
- au 2^{ème} trimestre de la grossesse....
- au 3^{ème} trimestre de la grossesse....
- avant la grossesse.....

25ter. Si non, auriez-vous souhaité être accompagnée ou aidée par un professionnel ?

Oui Non

26- Votre conjoint a-t-il consommé de l'alcool durant votre grossesse ?

Oui Non

26bis. Si oui, buvait-il quotidiennement ? (Tous les jours)

Oui Non

26ter. Si oui, pensez-vous que cela a une influence sur votre propre consommation ?

Oui Non

Avant la grossesse (au cours de l'année précédant la grossesse) :

27- Vous arrivait-il de fumer du cannabis (shit, résine, herbe, joints, douilles...) avant votre grossesse ?

Oui Non

28- Si oui, quelle était la fréquence moyenne de votre consommation avant votre grossesse ?

- plusieurs fois par jour.....
- tous les jours ou presque.....
- plus de 10 fois par mois.....

- moins de 10 fois par mois.....
- moins d'1 fois par mois.....

Pendant votre grossesse

29- Avez-vous diminué votre consommation de cannabis au cours de votre grossesse (si vous consommiez du cannabis avant votre grossesse) ? Oui Non

30- Quelle était la fréquence moyenne de votre consommation pendant votre grossesse ?

- plusieurs fois par jour.....
- tous les jours ou presque.....
- plus de 10 fois par mois.....
- moins de 10 fois par mois.....
- moins d'1 fois par mois.....
- jamais.....

31- Si vous consommiez du cannabis/herbe avant votre grossesse, avez-vous complètement arrêté d'en fumer pendant votre grossesse ? Oui Non

31bis. Si oui, précisez quand (dernière consommation de cannabis/herbe) :

- au 1^{er} trimestre de la grossesse.....
- au 2^{ème} trimestre de la grossesse.....
- au 3^{ème} trimestre de la grossesse.....
- avant la grossesse.....

31ter. Si non, auriez-vous souhaité être accompagnée ou aidée par un professionnel ?

Oui Non

32- Votre conjoint a-t-il fumé du cannabis durant votre grossesse ?

Oui Non

32bis. Si oui, en fumait-il quotidiennement ? (Tous les jours) Oui Non

32ter. Si oui, pensez-vous que cela a une influence sur votre propre consommation ?

Oui Non

Veillez à mettre des croix à chaque ligne du tableau qui suit

33- Pour chacun des produits et médicaments qui suivent précisez si vous en avez un usage :

- occasionnel (moins de 10 fois par mois)
- régulier (2 fois ou plus par semaine)
- ou si vous n'en consommez jamais

Cochez une croix dans les cases correspondant à votre consommation :

	Avant la grossesse Au cours des deux ans précédents			Pendant la grossesse		
	Occasionnel	Régulier	Jamais	Occasionnel	Régulier	Jamais
Cocaïne						
Crack, freebase, cocaïne fumée						
Héroïne, brown...						
Opiacés : codéine, Morphine, skénan...						

42- Par qui avez-vous été suivie pendant votre grossesse ? (Plusieurs réponses possibles)

- votre médecin généraliste.....
- un(e) gynécologue libéral(e).....
- une sage-femme libérale ?.....
- un gynécologue-obstétricien dans une maternité.....
- une sage-femme dans une maternité.....
- une sage-femme de PMI.....
- par l'UGOMPS (unité de gynéco-obstétrique médico-psycho-sociale de la maternité du CHU de Nantes) ?.....

43- Avez-vous été informée sur les risques liés aux consommations de produits pendant la grossesse (tabac, alcool, cannabis...) ?

Oui Non

44- Un professionnel de santé vous a t'il posé des questions sur votre consommation :

- | | | |
|---|-----|-----|
| -de tabac ?..... | Oui | Non |
| -d'alcool ?..... | Oui | Non |
| -de cannabis ?..... | Oui | Non |
| -de cocaïne, héroïne, amphétamines ou autres produits ? | Oui | Non |
| -de subutex ou de méthadone ?..... | Oui | Non |
| -de benzodiazépines, barbituriques ou « calmants » ? | Oui | Non |

45- Vous a-t-on proposé de rencontrer :

- | | | |
|------------------------------------|-----|-----|
| -un addictologue ? | Oui | Non |
| -un tabacologue ? | Oui | Non |
| -un alcoologue ? | Oui | Non |
| -un psychiatre ou un psychologue ? | Oui | Non |

46- Au cours de votre grossesse, avez-vous été suivie par :

- | | | |
|--|-----|-----|
| -un psychiatre ou un psychologue ? | Oui | Non |
| -un addictologue (ou structure de soins en addictologie) | Oui | Non |
| -un tabacologue | Oui | Non |
| -un alcoologue | Oui | Non |
| -une structure de soins spécialisée pour la toxicomanie | Oui | Non |

47- Sur le plan psychologique, comment vous êtes-vous sentie pendant votre grossesse ?

-Mal -Plutôt mal -Plutôt bien -Bien

48- Avez-vous été hospitalisée pendant la grossesse pour des complications obstétricales (grossesse « à risque ») ?

Oui Non

48bis. Si oui, précisez le motif : (plusieurs réponses possibles)

- retard de croissance intra-utérin.....
- menace d'accouchement prématuré.....

-autre.....
Précisez _____

49- A quel terme avez-vous accouché (en nombre de semaines) ?

50- Quel est le poids de naissance de votre bébé ?

51- Votre bébé a t-il eu besoin d'être transféré dans un autre service que celui où vous êtes hospitalisée ? Oui Non

51bis. Si oui, précisez :
-en néonatalogie.....
-en soins intensifs de néonatalogie.....
-en réanimation néonatale.....

52- Si vous avez arrêté la consommation d'une des substances citées dans ce questionnaire lors de votre grossesse, comptez-vous poursuivre cet arrêt à l'avenir ?

Oui Non

53- Auriez-vous aimé qu'un professionnel vous propose de l'aide pour arrêter ou diminuer votre consommation (tabac, alcool, cannabis, autres...) avant le début de la grossesse ?

Oui Non

54- Votre entourage (amis, famille...) vous a-t-il fait des remarques (positives ou négatives) concernant la consommation d'alcool, de tabac, ou de cannabis pendant la grossesse ? Si oui, quel(s) message(s) avez-vous entendu(s) ? _____

Merci pour votre participation à ce questionnaire anonyme !
Si vous avez des questions ou si vous souhaitez des informations n'hésitez pas à me solliciter.

ÉTUDE DE LA PRÉVALENCE DES CONSOMMATIONS CHEZ LA FEMME ENCEINTE AU CHU DE NANTES

Résumé :

L'être humain a depuis toujours consommé des substances psychoactives de tous types à la recherche de sensations, d'actions thérapeutiques ou même dans un but d'intégration sociale. En France, l'augmentation des consommations de substances psychoactives chez les femmes en âge de procréer sont susceptibles d'augmenter les complications obstétricales, fœtales et néonatales.

L'étude que nous avons réalisée fait suite à celle du Dr Chassevent, médecin psychiatre spécialisée en addictologie, menée en 2008 au sein de la maternité du CHU de Nantes. Notre but a été de mettre en lumière une éventuelle évolution des consommations de toxiques au cours de la grossesse, ainsi qu'une évolution de l'accompagnement des femmes par les soignants entre 2008 et 2018.

Notre étude montre que si les femmes sont moins nombreuses à consommer du tabac ou de l'alcool au cours de la grossesse, il subsiste un pourcentage non négligeable de consommatrices notamment au cours du premier trimestre.

En conséquence, il paraît important de développer la prévention de ces consommations en repèrent mieux les femmes à risque, notamment via la consultation préconceptionnelle.

Mots-clés : addictions, prévention, substances psychoactives, grossesse.